PAUTAS PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS CUANDO EL EMBARAZO PONE EN RIESGO LA VIDA DE LA MUJER







PAUTAS PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS CUANDO EL EMBARAZO PONE EN RIESGO LA VIDA DE LA MUJER





women's LINK worldwide

ÍNDICE

1 / PRESENTACIÓN 7

2 / CONTEXTO: ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA 17

3 / MODELO PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PARA LA VIDA DE LA MUJER OCASIONADO POR EL EMBARAZO 27

4 / SISTEMATIZACIÓN DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO PARA LA INDICACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LOS CASOS DE CAUSAL RIESGO PARA LA VIDA 63

5 / MARCO LEGAL INTERNACIONAL PARA LA APLICACIÓN DE LA CAUSAL VIDA 73

6 / APLICANDO EL MODELO 87

- Caso 1: Hipertensión pulmonar 88
- Caso 2: Embarazo ectópico 98
- Caso 3: Cáncer de cérvix 103
- Caso 4: Intento suicida 110
- Caso 5: Abuso sexual a menor de 15 años 117
- Caso 6: Zika y embarazo 124
- Caso 7: Feticidio selectivo 130

7 / NOTAS Y REFERENCIAS 137

8 / BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA 153

1 / PRESENTACIÓN

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe penalizan la interrupción voluntaria del embarazo y regulan el acceso al aborto a través de un modelo de causales que definen situaciones en las cuales la interrupción del embarazo está permitida[1]. Las causales, permisos o indicaciones, dependiendo de cada legislación, pueden ser: la causal vida (el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer), la causal salud (el embarazo que pone en riesgo la salud de la mujer), la causal violación (el embarazo es producto de relaciones sexuales no consentidas) y, en algunos contextos, también las malformaciones fetales y los apremios socioeconómicos[2].

En muchos países que adoptan el modelo de causales existen problemas de accesibilidad a la interrupción legal del embarazo (ILE). Se constata un desconocimiento general de la normativa aplicable, así como dudas sobre el

alcance de la despenalización y los procesos requeridos para practicar los abortos legales. Esto a menudo se traduce en una "paralización" de los equipos de salud a la hora de realizar las interrupciones de embarazo permitidas por la ley[3], lo cual se suma a posturas individuales y corporativas contrarias a reconocer y respetar los derechos de las mujeres.

En la última década se ha avanzado sustantivamente a nivel regional en la conceptualización y la definición del alcance de la causal salud y la causal violación en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres, a través de compromisos internacionales y decisiones jurídicas en distintos países que aportan las herramientas para interpretar el derecho a la salud como entidad bio-psico-social. Esto ha generado una gradual ampliación del acceso de las mujeres a la práctica de la ILE.

Si bien la causal salud y la causal vida están estrechamente vinculadas y son interdependientes, el permiso de la interrupción del embarazo cuando media riesgo para la vida de la mujer o niña embarazada ha sido menos analizado y, con frecuencia, se ha interpretado de manera restringida asociada estrictamente al peligro de muerte

inminente, ignorando que, en cada circunstancia personal, un embarazo puede poner en riesgo la vida, por motivos biológicos, psicológicos y/o sociales. Además, es fundamental reconocer que el marco internacional de los derechos humanos y sus principios fundamentales valoran la vida de las personas en sus dimensiones de calidad y dignidad, y no la definen meramente a partir de la presencia o ausencia de signos vitales.

En este sentido, a partir del Consenso de Montevideo[4] los Estados de la región se han comprometido a considerar la modificación de leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo a fin de salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos.

El objetivo de este documento es proporcionar a los equipos de salud un modelo para la identificación del riesgo de vida provocado por el embarazo. Se parte de la base que, si tras un análisis clínico sistematizado se llega a la conclusión de que el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, es imprescindible plantear la necesidad de la interrupción del mismo, independientemente de la edad

gestacional, la viabilidad fetal u otra consideración. El documento se propone conceptualizar y analizar la causal "riesgo para la vida de la mujer" como base suficiente para la ILE, y aportar herramientas operativas para su implementación por parte de los equipos de salud. Como se verá, la causal vida cubre los casos en los cuales el embarazo supone un riesgo para la vida de la mujer embarazada. Esta causal se considera el estándar mínimo internacional que todos los Estados están llamados a garantizar en el ámbito de la salud de la mujer.

Conceptualizar la causal vida resulta un ejercicio particularmente necesario para los países que la contemplan en sus legislaciones (ya sea explícitamente o bajo el "estado de necesidad")[5] y no consideran de manera expresa en sus textos legales la causal salud[6]. Resulta asimismo pertinente para los países que al día de hoy no consideran ninguna excepción expresa a la penalización del aborto[7] pero cuya protección constitucional del derecho a la vida y del derecho a la igualdad y la no discriminación, de forma conjunta, establecen un mínimo que permite la intervención de los profesionales de la salud cuando el embarazo supone un riesgo para la vida de una mujer o niña.

De forma concomitante, la propuesta tiene como finalidad proporcionar a los equipos de salud un modelo para la identificación del riesgo para la vida asociado con el embarazo. Existen circunstancias en donde resulta complejo para los equipos médicos, bien por razones médicas o por razones legales, determinar cuándo un embarazo genera un riesgo para la vida de la mujer o niña embarazada y plantear la ILE como alternativa terapéutica. El modelo aquí propuesto ofrece los elementos mínimos necesarios para identificar de manera rápida y efectiva la presencia de un riesgo para la vida de la mujer o la niña embarazada, respetando sus derechos humanos, el marco legal y los principios bioéticos que guían el ejercicio de los cuidados de salud.

La justificación principal de este abordaje se evidencia a partir de las altas tasas de mortalidad materna existentes en América Latina y el Caribe, vinculadas sobre todo a la falta de acceso al aborto seguro incluso en países donde éste está expresamente permitido por la ley. Una de las principales razones de la morbimortalidad materna es la falta de acceso oportuno a servicios de aborto legales, seguros y dignos, inclusive cuando se determina que la

interrupción del embarazo es la medida terapéutica necesaria[8]. Esto es, cuando el embarazo (deseado o no) genera problemas de salud tales que se convierte en un riesgo para la vida de la mujer o niña y se debe contemplar la interrupción como medida terapéutica, ofreciendo esa opción a la mujer o niña embarazada.

Este documento está pensado y construido para los equipos de salud, entendidos de forma amplia, es decir, incluyendo a todas las personas dentro de un servicio de salud que tienen a su cargo la atención de una mujer o niña en situación de embarazo. Parte del entendimiento de que los equipos de salud tienen una función fundamental tanto en la promoción de la salud y bienestar y la prevención de situaciones de riesgo para la vida de la mujer embarazada, como en la atención e intervención una vez que se producen cuadros clínicos que ponen en riesgo la vida de la mujer o niña embarazada[9].

El documento ofrece un modelo que sirve de herramienta para la identificación del riesgo para la vida y que ha sido construido desde dos enfoques complementarios: el médico y el legal. Por una parte, el modelo se fundamenta en los principios de la bioética médica y su comprensión de la vida desde el punto de vista de la calidad de vida y, por otro, desde el derecho internacional de los derechos humanos y su concepción del derecho a la vida como vida digna. Ambos enfoques son complementarios y permitirán a las y los profesionales de la salud valorar cada caso de manera integral, tomando en cuenta tanto los aspectos estrictamente médicos del caso como aquellos estrictamente vinculados a los derechos humanos de la mujer o niña embarazada.

Asimismo, este abordaje está pensado para ofrecer seguridad jurídica al personal sanitario. Toma en cuenta que en América Latina y el Caribe, la situación legal del aborto es disímil e incluso en los países con mayor claridad legal cuándo un aborto es no punible puede no resultar evidente para los profesionales de salud en todos los escenarios. En concreto, estos lineamientos ofrecen los elementos necesarios para que los equipos de salud puedan realizar abortos legales bajo la causal vida.

El documento se estructura en cuatro partes. En la primera, se presenta el modelo teórico para la determinación del riesgo para la vida que puede derivar en la decisión de interrumpir el embarazo como media terapéutica. En la se-

gunda parte, se expone el razonamiento clínico que debe guiar las actuaciones de los profesionales en estos casos. En tercer lugar, se aborda el marco jurídico del derecho internacional de los derechos humanos que sustenta la legalidad del modelo y su aplicación. Se utiliza este marco tomando en cuenta que es de aplicación en todos los países de la región de América Latina y el Caribe, siendo la base que rige la interpretación de los marcos nacionales de protección de los derechos fundamentales y, en particular, del derecho a la vida. Por último, en cuarto lugar, el documento ofrece ejemplos prácticos para la aplicación del modelo, estableciendo así lineamientos para la actuación frente a la multiplicidad de casos y situaciones que ocurren en la práctica médica cotidiana.

Finalmente, a partir de estos lineamientos, el documento se propone un segundo objetivo más amplio, que es el de servir como estándar mínimo para promover la elaboración de protocolos nacionales para la aplicación de la causal vida de no punibilidad del aborto. Las altas tasas de morbimortalidad materna en la región instan a la toma de acción urgente por parte de los Estados en este sentido. El embarazo, el parto y el posparto constituyen las principales causas de muerte de mujeres y niñas en América Latina y el Caribe. Por tanto, todas las acciones dirigidas a garantizar el derecho a una maternidad segura y digna son fundamentales, en especial aquellas que se dirigen a apoyar la labor de los equipos salud, reconociendo al mismo tiempo que son un actor clave en la garantía del derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, de todas las personas sin discriminación y en condiciones de igualdad.

2 / CONTEXTO: ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna[10] sigue siendo inaceptablemente elevada a nivel mundial, poniendo de manifiesto claramente las múltiples inequidades sociales y la discriminación que sufren las mujeres el proceso reproductivo. La vulneración de los derechos de las mujeres está en el origen de la mortalidad materna, tal y como manifestó el Dr. Mahmould Fathalla, quien fue presidente de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y que, en una conocida reflexión afirmó que "las mujeres no están muriendo por causas que no podamos evitar... están muriendo debido a que la sociedad considera que sus vidas no valen lo que cuesta salvarlas".

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, se estima que en 2015 murieron 303.000 mujeres en todo el mundo por complicaciones relacionadas con el emba-

razo o el parto, lo cual equivale a aproximadamente 830 muertes al día[11].

La mortalidad es sólo la punta del iceberg, ya que además millones de mujeres sufren daños y secuelas derivadas del embarazo, el parto y el puerperio. Aunque no lleguen a morir[12], pueden desarrollar morbilidad extrema con incapacidades permanentes que afectan profundamente a su calidad de vida[13]. Por cada mujer que muere por causas vinculadas al embarazo, otras 20 o 30 quedan con secuelas permanentes que impiden su funcionamiento normal, afectando su salud física, mental y sexual, así como la capacidad cognitiva, motora, y de relacionamiento social, su imagen corporal y su estatus económico y social[14].

La distribución de los casos de mortalidad materna refleja profundas inequidades entre países. La práctica totalidad de su incidencia (99%) se concentra en los países pobres y, dentro de cada país, las más afectadas son las mujeres de menores ingresos y las que residen en áreas rurales. En 2015, la tasa de mortalidad materna en las regiones más pobres del mundo fue de 239 por cada 100.000 nacidos vivos, una proporción veinte veces superior a la de las re-

giones más ricas, donde el indicador es de tan sólo 12 por cada 100.000 nacidos vivos. Europa tiene la tasa más baja (16 por cada 100.000 nacidos vivos) y África la más elevada (542 por cada 100.000 nacidos vivos). El número de muertes maternas anuales asciende a 1.800 en Europa y 195.000 en África.

En América Latina y el Caribe, se estima que en 2015 se produjeron 7.300 muertes maternas, lo cual equivale a una tasa de 67 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y extremos que oscilan entre quince muertes por cada 100.000 nacidos vivos en Uruguay y 359 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en Haití. Entre 1990 y 2015 se observó una reducción del 50% en la tasa regional de mortalidad materna. Actualmente, el riesgo de una mujer de morir por causas maternas a lo largo de su vida es de 1 entre 670[15].

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

Las causas de mortalidad materna se clasifican en directas e indirectas. Las causas directas son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, e incluyen hemorragia, estados hipertensivos, el aborto inseguro y la sepsis.

Estas son las principales causas de incapacidad, enfermedad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en los países pobres.

Por su parte, las causas indirectas se vinculan a enfermedades preexistentes al embarazo que se agravan durante el mismo. Los principales componentes de las causas indirectas son tres: las infecciones, las enfermedades crónicas denominadas no transmisibles (aunque hoy sabemos que son socialmente transmisibles por la situación de pobreza y exclusión social)[16] y las causas relacionadas con la salud mental. Estas últimas han recibido escasa atención y se asocian fuertemente con las situaciones de abuso y violencia por razones de género. El suicido contribuye sustancialmente a las cifras de mortalidad materna[17].

En conjunto, las causas indirectas han aumentado globalmente en los últimos 15 años, pasando del 20% al 27,5% del total de muertes maternas, y constituyen un desafío clave en la salud materna que exige revisar, repensar y transformar las prácticas de atención del equipo de salud para visibilizarlas, identificarlas y actuar preventivamente[18].

EL ABORTO INSEGURO

Se estima que a nivel mundial tienen lugar 56,3 millones de abortos inducidos al año, la gran mayoría (el 88%) en los países más pobres, que son además aquéllos donde predominan los contextos de restricción legal[19]. Los embarazos no deseados ocurren en todas las sociedades y las mujeres abortan en todo el mundo independientemente del estatus legal del aborto.

El aborto es una de las prácticas obstétricas más seguras si se cumplen las pautas de atención médica[20] (incluyendo las recomendaciones para el aborto autoinducido con medicamentos); sin embargo, cuando esto no ocurre se vuelve un procedimiento de alto riesgo que contribuye sustantivamente a la morbimortalidad materna.

En los contextos de restricción legal, las mujeres que cuentan con recursos económicos acceden a procedimientos clandestinos pero seguros, mientras que las de menores ingresos recurren a procedimientos inseguros y sufren complicaciones, y muchas de ellas mueren.

América Latina y el Caribe es la región del mundo con mayor prevalencia de abortos inseguros y mayor mortalidad por esta causa. A nivel regional, se calcula que 32% de los embarazos terminan en abortos inducidos, lo cual equivale a 6,5 millones de abortos inducidos anuales (44 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años), con una concentración mayor en América del Sur (4,6 millones de abortos, 65 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años). Esto es así aun cuando más del 97% de las mujeres en edad reproductiva de la región viven en países que imponen restricciones legales sobre el acceso al aborto o que lo prohíben por completo[21].

La ilegalidad y la falta de acceso a abortos seguros impactan seriamente en la vida de las mujeres. Al menos 10% de las muertes maternas en América Latina se deben a complicaciones por abortos inseguros, y unas 760.000 mujeres anualmente reciben atención por esa causa[22].

EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS

El embarazo en niñas o adolescentes muy jóvenes (menores de 15 años) pone de manifiesto múltiples vulneraciones y carencias en cuanto al respeto de los derechos humanos y la vigencia de políticas públicas —en especial de salud y equidad de género— e implica una conjunción de serios riesgos bio-psico-sociales. Puede considerarse uno de los problemas de salud pública más complejos y dramáticos que reciben nula o mínima atención[23].

La mayoría de los embarazos entre adolescentes menores de 15 años son producto de la violencia sexual que muchas veces es ejercida por integrantes de la familia o del entorno cercano bajo distintas formas de coerción, que abarcan desde la imposición forzada hasta las amenazas, el abuso de poder y otras formas de presión. Estas presiones también suelen estar presentes en las relaciones sexuales en las que media una diferencia de edad significativa entre el hombre y la niña/adolescente. Asimismo, el embarazo forzado puede darse cuando la niña no conocía las consecuencias o conociéndolas, no pudo prevenirlas (CLADEM).

Los riesgos biomédicos relacionados con el embarazo y el parto son mayores en las niñas y adolescentes más jóvenes, que tienen peores resultados maternos y neonatales comparados con mujeres de mayor edad (muerte materna,

infecciones, eclampsia, fístula obstétrica, parto prematuro y mortalidad neonatal). El riesgo de muerte materna en menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores[24].

Una revisión de los datos de países de América Latina correspondientes al periodo 2000-2008 reveló que las tasas de mortalidad materna entre niñas y adolescentes de 10 a 14 años eran de 2 a 3 veces más elevadas que las de las niñas/adolescentes de 15 a 19 años[25]. Del mismo modo, los indicadores de mortalidad infantil y neonatal y de bajo peso al nacer fueron entre un 25% y un 70% más elevadas en menores de 15 años que en niñas/adolescentes de 15 a 19. Se observó también una mayor proporción de internaciones hospitalarias durante el embarazo por abortos entre las niñas menores de 15 años que en las adolescentes mayores de esa edad[26].

Conde-Agudelo, Belizán y Lammers analizaron los datos del Sistema Informático Perinatal de América Latina para el periodo 1983-2003, contemplando 16 factores de confusión de salud y sociodemográficos, y constataron que las madres más jóvenes obtenían peores resultados. Las niñas de 15 años o menos tenían una probabilidad 4 veces mayor de mortalidad materna en comparación con el grupo etario de 20 a 24 años[27].

En el área de la salud mental, se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el postparto, que en general son más altas que las de la población adulta[28]. El estudio coordinado por Planned Parenthood Global también ha identificado situaciones de estrés postraumático y pensamientos suicidas en las niñas/adolescentes que habían sido atacadas sexualmente[29]. En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño alerta sobre el mayor riesgo que tienen las adolescentes embarazadas y puérperas de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación con las mujeres adultas en el mismo estado[30].

Cuando una adolescente menor de 15 años queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente. Termina abruptamente su ciclo educativo, enfrenta serios riesgos para su salud y su vida, se alteran sus relaciones sociales, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y generación de ingresos, y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la depen-

dencia. La ocurrencia de un embarazo antes de la maduración física, mental y social tiene consecuencias a corto y largo plazo que afectan al derecho a una niñez y adolescencia sanas, comprometiendo las etapas posteriores del ciclo vital[31].

3 / MODELO PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PARA LA VIDA DE LA MUJER OCASIONADO POR EL EMBARAZO

LA CAUSAL VIDA Y LOS DEBERES DEL EQUIPO DE SALUD

El embarazo es una condición fisiológica y también un evento psicológico, emocional y social que, cuando es buscado, deseado o aceptado, es vivido como un acontecimiento significativo que suele generar felicidad a la mujer, a su pareja y a su entorno familiar y social. No obstante, también es cierto que el desarrollo del embarazo comporta exigencias extraordinarias a la mujer desde el punto de vista biológico, psicológico y social, que pueden desembocar en situaciones de riesgo para su salud e incluso

para su vida. Este riesgo suele ser asumido por las mujeres y por la sociedad como parte del proceso reproductivo. Sin embargo, hay ocasiones en que este riesgo es desmesuradamente alto y puede llegar a poner en peligro la salud, la vida y la dignidad de la mujer, llegando incluso a provocar su muerte. Ante situaciones de riesgo para la vida, los principios éticos que rigen el ejercicio de la profesión médica exigen que las mujeres y niñas sean debidamente informadas por el equipo de salud sobre todas las opciones disponibles, incluyendo la interrupción del embarazo.

La evaluación del riesgo para la vida asociado con el embarazo, su debida y oportuna exposición y la presentación de la ILE como una alternativa frente al riesgo reconocen el derecho a la autonomía de la mujer y su capacidad de decidir respecto al riesgo que considera aceptable, optando por la continuación o interrupción del embarazo de acuerdo con sus particulares circunstancias, creencias y convicciones.

Cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, el equipo de salud deberá disponer de un abanico de acciones posibles, desde su internación en cuidados críticos hasta el traslado a un nivel de complejidad superior. Asimismo, cuando se llega a la conclusión de que el riesgo para la vida de la mujer surge del mantenimiento del embarazo, se debe plantear la alternativa de la interrupción voluntaria del mismo como parte de la terapéutica integral. Esto, que es muy claro para todos los profesionales y los equipos de salud en casos como una eclampsia o un shock hipovolémico en anemia aguda por una placenta previa sangrante, a veces puede no ser tan notorio si se analiza sólo el componente biológico de la salud. Así, una circunstancia derivada de la afectación psicológica que la consecución del embarazo significa para la mujer puede ser tan mortal como un sangrado masivo de origen feto placentario. La vida es una, la salud en su concepción bio-psico-social también, y las obligaciones de los profesionales otro tanto.

En este sentido, es necesario resaltar que cuando se constata el riesgo para la vida, plantear la interrupción del embarazo como una opción para la mujer o la niña y concretar dicha interrupción con su consentimiento es, en cualquier contexto, algo justificable desde el punto de vista ético y legal. Le corresponde al equipo de salud el análisis de la situación y la indicación de las medidas terapéuticas que serán evaluadas por la mujer, entre ellas la

interrupción del embarazo, que en condiciones específicas puede ser la vía terapéutica más efectiva que se puede aplicar. La responsabilidad de hacer esta indicación es inherente al equipo de salud e intransferible, ya que forma parte de sus obligaciones profesionales. Sin embargo, siempre se debe tener presente que cualquier conducta que se tome debe ser fruto de la decisión voluntaria de la mujer o niña, exceptuándose los casos, de conformidad con la legislación de cada país, en que la mujer se encontrase inconsciente. El consentimiento de las menores de edad y de las mujeres con discapacidad mental también se regirá por la legislación de cada territorio, debiendo respetar el derecho humano de éstas —garantizado por diversos instrumentos internacionales de derechos humanos— a adoptar decisiones libres e informadas en todos aquellos asuntos vinculados a su salud que las conciernen[32].

La determinación del riesgo para la vida de la mujer o niña asociado al embarazo supone un desafío, ya que pueden darse múltiples situaciones, evidentes o no, que generen de manera interconectada e incremental la probabilidad de que se produzca un daño. Tomando en cuenta estas complejidades, sobre todo en un entorno de estigma y discriminación hacia los derechos de las mujeres, se hace necesario contar con elementos que guíen el análisis.

CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO EN EL MARCO DE LA CAUSAL VIDA

Antes de abordar el modelo propuesto para determinar cuándo existe un riesgo para la vida en el contexto del embarazo, es necesario definir qué se entiende por riesgo.

En términos médicos y legales, el riesgo no se refiere a la configuración de un daño, sino a su potencial ocurrencia. En este sentido, es suficiente la presencia de uno o varios factores de riesgo para considerar que éste existe y, con él, la posibilidad de una afectación de la vida en cualquiera de sus dimensiones, de manera que la interrupción del embarazo constituye, en consecuencia, una alternativa para enfrentar el riesgo[33].

En el marco de la causal, el riesgo debe ser específico e individualizable. Es decir, preciso, determinado y sin vaguedades. El riesgo debe ser cierto, esto es, deben presentarse elementos objetivos que permitan inferir que existe una probabilidad o posibilidad razonable de daño.

De ahí que no pueda tratarse de un peligro eventual o remoto[34]. Y, en términos de temporalidad, el riesgo puede ser actual, inminente o futuro.

El riesgo tiene un componente intrínseco que hace referencia a las características de la mujer o niña embarazada, como por ejemplo poseer factores que predisponen a contraer una determinada enfermedad, y un componente extrínseco, relacionado con las medidas que tome el equipo de salud y la estructura y capacidad del sistema asistencial. En el caso del embarazo, el riesgo para la vida puede estar ocasionado por el impacto de la condición misma de embarazo (en términos de severidad y/o inmediatez de su instalación) y/o por un déficit en los cuidados requeridos a raíz del embarazo (ya sea por deficiencias en el sistema sanitario o por la ausencia de redes familiares y sociales de apoyo).

Asimismo, es importante tener en cuenta que el riesgo para la vida puede generarse, y por tanto constatarse, en cualquier momento del embarazo, debiendo variar el abordaje médico de la interrupción de acuerdo con la edad gestacional. Los modelos legales de causales o permisos normalmente no prevén límites a la edad gestacional en la causal riesgo para la vida. De todas formas, será necesario tomar en consideración la regulación penal o sanitaria específica de cada territorio.

ANÁLISIS Y ABORDAJE INTEGRAL DEL RIESGO PARA LA VIDA POR CAUSA DEL EMBARAZO

Para el análisis de los riesgos asociados al embarazo proponemos un abordaje que considere, por un lado, la identificación de los factores biomédicos, psicológicos y sociales que generan riesgo para la vida de la mujer o niña en el contexto del embarazo y, por otro, la dimensión de la vida que está en riesgo (en su dimensión de dignad o calidad de vida).

La primera vertiente del análisis (identificación de los factores de riesgo) aborda el riesgo según sus causas probables. La segunda propuesta del abordaje pone el foco en el objeto sobre el cual recae el riesgo, es decir, la dimensión de la vida que se pone en riesgo.

La valoración que se realice del riesgo para la vida en estos dos niveles de análisis deberá permitir al personal de salud identificar cuándo es necesario presentar a la mujer o niña embarazada la ILE como una alternativa terapéutica.

ANÁLISIS DEL RIESGO PARA LA VIDA ASOCIADO AL EMBARAZO SEGÚN LOS FACTORES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades[35]. A partir de esta definición, los factores de riesgo para la vida de la mujer o la niña embarazada pueden ser de origen biológico, de origen psicológico y/o de origen social. Aunque todos ellos pueden presentarse de forma aislada, en general aparecen interconectados. La pobreza, las necesidades básicas insatisfechas, la mala alimentación, multiparidad, los embarazos no deseados, los intervalos intergenésicos cortos, el embarazo en niñas y adolescentes muy jóvenes, la ausencia de control prenatal, el desconocimiento de los signos de alarma, las barreras de acceso a la atención médica, la falta de respuesta o las respuestas inadecuadas en el sector salud son sólo algunos ejemplos de los factores de riesgo que se combinan y potencian.

Más aún, los factores de riesgo biológicos pueden convertirse en detonantes de riesgos para la salud mental de la mujer o niña embarazada y viceversa, mientras que los factores de riesgo sociales también pueden generar problemas psicológicos y orgánicos. Por esta razón, el análisis de los factores de riesgo para la vida de una mujer embarazada debe partir de una mirada integral, evitando crear compartimentos que supongan una excesiva simplificación de la experiencia vital de la mujer.

Existen evidencias que demuestran cómo diversas enfermedades físicas tienen un correlato sobre la vida mental. Por ejemplo, los cuadros depresivos que acompañan, y a veces preceden, a las neoplasias de páncreas[36]. Lo opuesto también se ha documentado: las personas que sufren algunas enfermedades mentales, como la esquizofrenia, viven menos y su calidad de vida se ve afectada por condiciones metabólicas. Del mismo modo, existe una relación entre la ansiedad y el síndrome de ovario poliquístico[37]. Esto obliga a tener en cuenta el componente de la salud mental en el análisis de las causas de riesgo.

Desde este punto de vista, trataremos de ofrecer una visión integradora sobre los factores de riesgo para la vida de una mujer o niña en el contexto del embarazo. Las distintas situaciones que afectan a la salud física, mental y social y que pueden provocar daños y secuelas se pue-

den agrupar en diferentes categorías, pero para los fines de este análisis, se catalogan de la manera siguiente:

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Existen diferentes situaciones que, desde el punto de vista biológico, hacen que el embarazo pueda generar un riesgo para la vida de la mujer. Si bien no es posible hacer un listado exhaustivo de todas las situaciones clínicas que generan un riesgo para la vida de la mujer, se incluyen aquí algunos ejemplos de manera ilustrativa, entendiendo que en la práctica se presentan muchas otras situaciones que también deben contemplarse en el marco de un abordaje integral de la ILE por riesgo para la vida. Muchas veces, éstos son los factores que los profesionales de salud entienden más fácilmente, ya que tienen directa relación con el componente biológico contenido en la educación clásica. El componente físico suele ser el más evidente al momento de evaluar el riesgo de vida para la mujer o niña durante un embarazo; sin embargo, éste no puede separarse ni del componente psicológico ni del social, como se deriva de la clasificación mostrada.

1 / Mujer o niña sin una patología previa que por las circunstancias en las que ocurre el embarazo se considera de riesgo en sí mismo. Es el caso de embarazos en niñas o adolescentes, en particular las menores de 15 años, en los que la falta de maduración del aparato genital en el contexto de la falta de desarrollo psicofísico general, sumado a que en la mayoría de los casos el embarazo es fruto de la violencia sexual, incrementa desmesuradamente el riesgo biomédico (ver apartado Embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años)[38].

2 / Mujer sin una patología previa que durante el embarazo desarrolla una afección que complica su salud ocasionando un riesgo para la vida, como por ejemplo la hipertensión arterial.

3 / Mujer con una patología previa que puede ser agravada por el embarazo y causar, por tanto, un riesgo para su vida. Por ejemplo, cuadros de hipertensión pulmonar, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, problemas renales, trastornos autoinmunes o diabetes, entre otros[39].

4 / Mujer con una patología previa que no puede someterse a tratamiento médico en virtud del embarazo y/o en la que el embarazo está contraindicado y que a pesar de ello queda embarazada. Algunos ejemplos incluyen cáncer, infecciones, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, problemas renales, trastornos autoinmunes y diabetes.

FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO

El componente mental/psíquico alude al bienestar y equilibrio interno de la persona que le permiten la autorrealización, las relaciones interpersonales favorables, el encarar los factores de estrés de la vida cotidiana, desarrollar un trabajo productivo y contribuir positivamente a su comunidad[40].

La vida mental, que comprende nuestras emociones, cogniciones y conductas se origina en el cerebro. La integridad estructural y el funcionamiento de este órgano, a cuyo servicio se encuentra todo el cuerpo humano, depende de múltiples factores: la herencia, el correcto funcionamiento de todos los otros órganos y sistemas, las experiencias de la persona, las lesiones o daños sufridos y los mecanismos epigenéticos[41].

El embarazo es un factor de estrés muy importante que requiere una gran cantidad de adaptaciones fisiológicas, psicológicas y sociales de la mujer y su entorno. Un embarazo no deseado supone un elemento de estrés aún más amenazador para la homeostasis de la mujer. La gestación no deseada —o peor aún, forzada, como en el caso de la que es fruto de la violencia sexual— interfiere con los planes y proyectos de vida de la mujer, y puede alterar permanentemente sus metas. Además, la vivencia de las mujeres es de ansiedad y desesperación, con la sensación de estar "encerradas sin salida"[42]. Por otro lado, el embarazo no planificado o forzado puede, provocar cambios en los sistemas endocrino, cardiovascular e inmunológico de la mujer, que a su vez pueden poner en riesgo su salud o su vida a causa de cambios en el metabolismo de las grasas y los carbohidratos y de cambios en los factores proinflamatorios.

Actualmente está ampliamente reconocido el hecho de que, con frecuencia, la depresión acompaña y complica las gestaciones no deseadas[43]. La depresión es una enfermedad crónica, recidivante, incapacitante, que tiene riesgo de muerte prematura por suicidio y que, siendo sistémica, afecta negativamente la salud integral y la ca-

lidad de vida de la persona. La depresión tiene consecuencias graves para la calidad de vida de las mujeres: interferencia con la posibilidad de desarrollar exitosamente estudios o sostener un empleo, así como con la dinámica familiar, con un mayor riesgo de sufrir violencia, aislamiento y estigmatización en la comunidad, incremento en el consumo de alcohol y otras sustancias, y enfermedades físicas, inclusive infecciones, por alteraciones del sistema inmunológico. No obstante, la complicación más temida es el suicidio.

El suicidio asociado al embarazo es aquel que ocurre durante la gestación y hasta un año después del parto. El suicidio es una causa importante de mortalidad materna, siendo por ejemplo la primera causa de mortalidad indirecta en Gran Bretaña[44]. En los países más pobres se conoce menos la magnitud del problema, pero existen algunos indicadores preocupantes. Por ejemplo, en Vietnam el 23% de las muertes maternas se atribuyen al suicidio[45].

La OMS ha determinado que el riesgo de autolesionarse es mayor entre las mujeres que entre los varones, ya que la depresión tiene una mayor prevalencia en las mujeres, sobre todo en aquellos grupos que están más expuestos

a la violencia o que tienen un historial de violencia sexual en la infancia y adolescencia, además de aquéllas que sufren fístula y sus complicaciones, las portadoras de una gestación no deseada y aquéllas cuyos hijos recién nacidos presentan lesiones como producto de complicaciones obstétricas[46]. Healey y sus colaboradores han determinado que el 50% de mujeres embarazadas que son derivadas a una consulta psiquiátrica tienen antecedentes de ideación suicida, pero sólo una de cada cinco ha referido este hecho a su proveedor de cuidados obstétricos; además, la mayoría de las mujeres embarazadas que se suicidan han tenido contacto con proveedores de salud en los 30 días previos al suicidio[47]. Diversas investigaciones han examinado cuáles son los factores que se asocian al suicidio en el embarazo y han encontrado que las mujeres solteras, separadas, o divorciadas de bajos recursos económicos, desempleadas, con falta de apoyo social y que han buscado el aborto sin conseguirlo tienen un mayor riesgo de suicidio[48].

Independientemente de esos factores de riesgo, la existencia de una enfermedad psiquiátrica —especialmente depresión unipolar o mayor y depresión bipolar— se confirmó en el 56% de los suicidios de mujeres embarazadas

reportados en Estados Unidos entre 2003 y 2007[49], lo cual pone de manifiesto la magnitud de la potencial gravedad con riesgo de muerte de la patología psiquiátrica en mujeres que atraviesan las vicisitudes psicológicas y sociales asociadas a una gestación. Sin embargo, en los países de medianos y bajos ingresos como los de América Latina y El Caribe, se ha determinado que el suicidio y las lesiones auto infligidas son una de las principales causas de mortalidad materna "indirecta"[50].

Por otro lado, las adolescentes que quedan embarazadas tienen un riesgo de suicidio hasta tres veces mayor que las adolescentes no embarazadas[51], lo cual se debe a múltiples razones: la exposición a la violencia y la estigmatización, el hecho que la gestación se deba a la violencia sexual, la falta de alternativas de solución frente a la disrupción del proyecto de vida y la penalización del aborto.

Sintetizando, y sin ser una lista exhaustiva, las situaciones que afectan la salud mental y significan un riesgo para la vida se pueden agrupar en diferentes categorías.

1 / Mujer o niña con padecimiento mental previo que puede descompensarse o se descompensa por el embarazo. Tal es el caso de enfermedades mentales severas o crónicas: depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar, enfermedades que causan sufrimiento y pueden llevar al suicidio o al intento suicida o a condiciones peligrosas para la vida, como la catatonia o la inanición. También deben ser tomados en cuenta, por el riesgo de suicidio, los antecedentes de psicosis puerperal, el haber sido víctima de violencia en embarazos previos o las lesiones auto infligidas.

2 / Mujer o niña sin enfermedad psiquiátrica previa, pero con riesgo de resultados adversos para la salud mental en el futuro. Se trata de aquellos casos en los que una mujer no padece un trastorno previo, pero existe evidencia razonable para creer que la continuación del embarazo afectará su salud mental, debido a la presencia de factores de vulnerabilidad, de precipitación o de consolidación. Las condiciones personales, sociales o medioambientales que rodean el origen o el desarrollo del embarazo podrían conducir a niveles de angustia que, a la larga, pueden convertirse en depresión u otra afección de la salud mental[52].

3 / Mujer o niña con una afección psicológica causada por la mala evolución o pronóstico del embarazo. Por ejemplo, la afectación en la salud mental de la mujer a partir de las condiciones de angustia y depresión que puede generar el diagnóstico de una malformación fetal o el diagnóstico intrauterino de agenesia renal bilateral.

4 / Mujer o niña que cursa un embarazo producto de violencia sexual. Según indica la OMS, este tipo de embarazos conlleva la afectación de la salud mental o de la integridad psicológica derivadas de la violencia[53]. La violencia sexual se relaciona directamente con el riesgo de depresión, trastorno por estrés postraumático, ansiedad, comportamiento suicida y trastorno de pánico, entre otros.

5 / Mujer o niña que cursa un embarazo que se desarrolla en contextos que amenazan su dignidad y/o calidad de vida, por ejemplo, los derivados de la angustia, dolor o daño psicológico causado por la obligación de continuar el embarazo cuando no se desea hacerlo, y que pueden derivar en depresión, trastorno de ansiedad o, incluso, riesgo de suicidio.

FACTORES DE RIESGO SOCIAL

Finalmente, la salud y la enfermedad guardan estrechos vínculos con las circunstancias que prevalecen en el contexto en que transcurre la existencia de las personas. La perspectiva social de la salud se basa en el análisis de las deficiencias que puedan existir en los determinantes sociales de la salud y que causen, de algún modo, un riesgo para la vida de la mujer o niña embarazada que determine la práctica de una ILE.

La OMS define como determinantes sociales de la salud a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas[54]. De acuerdo con la OMS, "los determinantes sociales de la salud son las principales influencias en la calidad de vida, incluida la buena salud, y la extensión de la esperanza de vida sin discapacidad"[55].

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria[56].

Las determinantes incluyen, pero no se limitan a, el desarrollo temprano durante la niñez, la educación, el trabajo y las demás condiciones de vida, además de las causas estructurales que producen estas condiciones de vida y trabajo. En el contexto de la causal vida, las causas sociales o medioambientales pueden generar o agravar los problemas de salud físicos y/o mentales de la mujer o niña. Por ejemplo, la desnutrición en contextos de pobreza o la realización de trabajos que ponen a la mujer en riesgo de padecer enfermedades serias o de provocar malformaciones fetales incompatibles con la vida generan altos niveles de angustia en la mujer embarazada. Es el caso de mujeres que trabajan en la minería o en ciertas áreas de la producción agrícola, ámbitos en los que las afectaciones a la salud reproductiva de las mujeres se encuentran ampliamente documentadas[57].

Por otro lado, la violencia y discriminación contra las mujeres derivadas de prácticas tradicionales avaladas por la comunidad pueden poner en riesgo la vida de mujeres o niñas embarazadas. Así, en algunas comunidades el embarazo que ocurre fuera del matrimonio, incluso en casos de violación, constituye una afrenta para el denominado "honor" de la familia o de su pareja[58]. La "indignidad" y la consiguiente estigmatización que puede producir un embarazo en estas circunstancias sitúa a la mujer embarazada en riesgo de padecer depresión, cometer suicidio o ser asesinada a manos de sus propios familiares.

Desde la óptica de los factores de riesgo sociales, las brechas relacionadas con el género y la pobreza son ejes obligados del análisis. Las mujeres y niñas pobres pueden acumular desventajas importantes, y se ha demostrado que tienen mayores problemas de salud que las mujeres no pobres y que los mismos hombres pobres. "El género parece influir en los riesgos de mortalidad y morbilidad debido a diferencias en la exposición y en la vulnerabilidad, en la gravedad y consecuencias de la enfermedad; en el acceso a los recursos para la promoción de la salud y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad; en los comportamientos relacionados con la salud; en la experiencia y las consecuencias de la mala salud, y en las respuestas del sector de la salud"[59]. Desde esta óptica, cursar un embarazo en situación de pobreza implica mayores riesgos para la vida que hacerlo en una situación económica más aventajada.

Por otro lado, en muchos países y regiones, la falta de accesibilidad a servicios de salud de calidad en el nivel de complejidad requerido para la atención del riesgo obstétrico puede resultar en que la ILE sea la mejor alternativa para proteger la vida de la mujer. En general, nos referimos a este tema como la "diligencia" en la atención sanitaria, es decir, asegurar la disminución y minimización de los retrasos asistenciales mediante la acción diligente de sistemas y equipos. La intervención tardía por parte de los equipos de salud frente a enfermedades prevenibles durante el embarazo o las barreras físicas o materiales que impiden a las mujeres y niñas acceder a servicios de salud pueden acarrear un riesgo para la vida. Por ejemplo, es el caso de los problemas de hipertensión no monitoreados.

ANÁLISIS DEL RIESGO PARA LA VIDA ASOCIADO AL EMBARAZO SEGÚN LA DIMENSIÓN DE LA VIDA QUE SE PONE EN RIESGO

Definido lo que significa riesgo y las formas en que se puede presentar, corresponde definir qué significa riesgo para la vida más allá de la identificación y análisis de los factores biológicos, psicológicos y sociales que generan riesgo para la vida de la mujer o niña. Aquí proponemos la

aplicación al caso clínico de un análisis paralelo, en función de qué dimensión de la vida está en riesgo:

1 / Situaciones que generan riesgo para la vida en su dimensión de dignidad.

2 / Situaciones que generan riesgo para la calidad de vida.

ANÁLISIS DE LOS NIVELES INVOLUCRADOS PARA LA PONDERACIÓN DEL RIESGO PARA LA VIDA

- Análisis del riesgo para la vida desde la dimensión de la vida digna.
- Análisis del riesgo para la vida desde la calidad de vida.

Ambos niveles de análisis se interconectan y son la conjugación de dos enfoques complementarios sobre el riesgo para la vida, el legal y el médico. La vida tiene necesariamente un vínculo con la calidad de vida, y la calidad de vida implica a su vez el concepto social de dignidad. En este sentido, hay una interrelación entre los conceptos de vida, calidad de vida y dignidad de la vida. Esta interrelación,

que en cierta medida da continuidad a estos conceptos, no hace sin embargo que éstos desaparezcan en su individualidad.

Vida humana y calidad de vida: No hay definiciones institucionales, ni sanitarias ni jurídicas, que definan la vida. Vida, en general, se entiende por el continuo temporal desde la conformación del individuo hasta su muerte. La vida humana no se refiere únicamente al funcionamiento de los sistemas fisiológicos mayores que mantienen las funciones vitales. De hecho, cuando la base en la definición de la vida es sólo el soporte vital, es posible caer en el encarnizamiento terapéutico. Por eso, el concepto de vida se debe vincular desde el inicio a la de calidad de vida. La calidad de la vida humana implica la relación entre vida y salud, y en ese sentido integral de proceso bio-psico-social. Asimismo, la calidad de vida tiene un componente de análisis individual y autónomo de la mujer embarazada y de su proyecto de vida, así como un concepto colectivo de los derechos de las personas y la contrapartida en los deberes del Estado.

Vida digna: Conceptualmente, cuando nos referimos al concepto social de calidad de vida nos referimos a una vida digna. En el ámbito de los equipos de salud, el concepto de muerte digna tiene un significado claro vinculado a los cuidados paliativos. Sin embargo, el concepto de vida digna ha estado alejado de la actividad sanitaria y la protección de la salud en sus aspectos bio-psico-sociales. Son las visiones más contemporáneas de la acción sanitaria las que buscan acercar este concepto e incluir tanto los determinantes sociales desde un enfoque de derechos humanos como la perspectiva de género en la acción sanitaria. Tal y como manifiesta el capítulo de este documento sobre el marco de los derechos humanos, vida digna implica la posibilidad real de cada persona de acceder a las condiciones materiales, sociales, culturales y espirituales esenciales para la existencia. Al igual que el concepto de calidad, se dirige hacia una comprensión de la vida humana que va más allá de la mera existencia física.

La dignidad de la vida abarca tres dimensiones interrelacionadas que deben ser garantizadas y respetadas de forma plena:

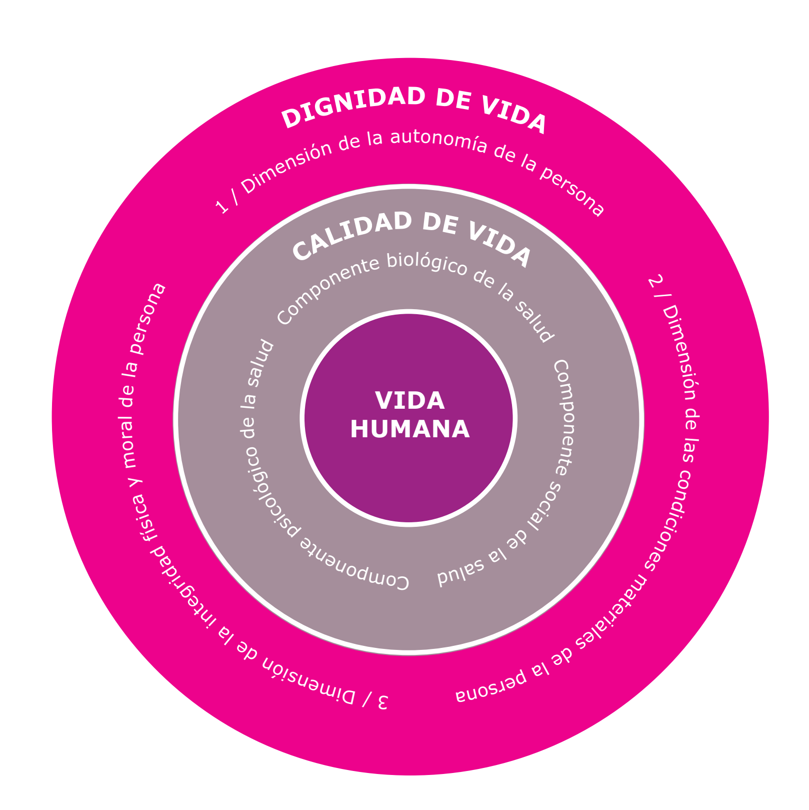
- **Vivir como se quiere**: la autonomía o posibilidad de construir un proyecto de vida y determinar sus características.

- **Vivir bien**: se refiere a contar con ciertas condiciones materiales de existencia.

- **Vivir sin humillaciones**: la intangibilidad de los bienes no patrimoniales, la integridad física y la integridad moral.

La primera dimensión es equivalente al principio bioético del respeto y la promoción de la autonomía, que constituye la obligación principal de los profesionales de la salud. La segunda dimensión implica la existencia de condiciones materiales que salvaguarden la posibilidad de vivir sin privaciones y por lo tanto de tener la posibilidad de desarrollarse integralmente como persona, elemento clave donde los haya para garantizar una salud integral. Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, la relación entre los determinantes sociales y la salud integral es absoluta y, por lo tanto, esta dimensión es clave en la vida de las personas. Por último, en tercer lugar está la integridad del individuo en cuanto a lo intangible de la persona como ser psico-físico y social, con un componente físico y moral que incluye el derecho a la intimidad de la persona. La integridad del individuo es prerrequisito para poder tener una salud integral bio-psico-social.

Gráfico 1: Esquema de los tres niveles de análisis: vida, calidad de vida y dignidad de la vida



La afectación de una o varias de estas dimensiones determinará el riesgo que supone el embarazo para la vida de la mujer o la niña. Normalmente, al tratarse de dos niveles complementarios de análisis, un riesgo para la vida en su faz de dignidad podrá traducirse en un riesgo para la calidad de vida, y viceversa.

Al igual que con el análisis de los factores de riesgo, la interconexión de estos niveles hace que los profesionales de la salud deban analizar integralmente cada situación. Aunque teóricamente es posible un análisis por separado de los conceptos de dignidad y calidad, en la práctica médica ambas dimensiones se entremezclan y superponen. Por tanto, este modelo debe entenderse como una guía para orientar el análisis clínico. Su relevancia radica en que se presentan de forma esquemática todos los elementos que deben ser considerados para determinar cuándo se configura un riesgo para la vida asociado al embarazo. Su intención es escapar de análisis simplificados que sitúan la ILE bajo la causal vida únicamente en casos de riesgo inminente de muerte, cuando ya no es posible ninguna intervención, o cuando, aun pudiéndose intervenir, las posibilidades de salvar la vida de la mujer o niña se encuentran gravemente reducidas. Este tipo de actuación impide al personal de salud tomar medidas terapéuticas, incluyendo la interrupción del embarazo, desde el momento mismo en el que se detecta el riesgo para la vida, evitando retardos injustificados. Más aún, la existencia de retrasos en la atención en estos casos incrementa mucho más el riesgo y explica, muchas veces, las altas cifras de mortalidad materna.

ANÁLISIS DEL RIESGO PARA LA VIDA ASOCIADO AL EMBARAZO DESDE LAS DIMENSIONES DE LA DIGNIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA

Para determinar la existencia o no de riesgo para la vida de la mujer embarazada es útil analizar los tres niveles reseñados. El objetivo inequívoco de este análisis es la necesidad de estar alerta para detectar lo antes posible las situaciones de riesgo para la vida, para así tener la posibilidad de aplicar las medidas terapéuticas adecuadas que, como dijimos antes, en muchos casos incluyen necesariamente la interrupción del embarazo. De este modo, se hace necesario un abordaje integral que implica, desde lo actitudinal, vincularse con estas situaciones desarrollando preguntas clave que sirvan de guía y ayuden a los equipos de salud a ver más allá de lo evidente. Sobre todo, es importante abordar el nivel de dignidad de

la vida e integrarlo a la pesquisa clínica permanente, indagando sobre lo concerniente a la autonomía, la integridad y las condiciones materiales de vida de la mujer.

Gráfico 2: Interrelación entre las dimensiones de dignidad y calidad y el riesgo para la vida de la mujer

DIGNIDAD DE VIDA

- dimensión de la autonomía y el proyecto vital
- dimensión de las condiciones materiales
- dimensión de la integridad

CALIDAD DE VIDA

- componente biológico
- componente social
- componente psicológico

RIESGO PARA LA VIDA DE LA MUJER

- actual
- inminente
- diferido

Como ya se ha señalado, la clave del éxito es disminuir los retrasos en la continuidad asistencial. Se analizarán sucesivamente las afecciones sobre la dignidad y sobre la calidad de vida que determinan el riesgo para la vida de la mujer embarazada, sabiendo que la interrelación entre ambos niveles es total.

Mientras que el concepto de dignidad está vinculado al discurso y a los mecanismos de protección de los derechos humanos, el de calidad se vincula al diseño de políticas públicas orientadas hacia el bienestar, y es más propio del campo de la salud. El riesgo para la dignidad de vida puede crear, contribuir o agravar los riesgos relativos a la calidad de vida. En el Gráfico 2 se muestran los distintos niveles y su relación en el momento de la determinación del riesgo.

CUANDO EL EMBARAZO AFECTA LA DIGNIDAD DE LA VIDA

La dignidad de la vida abarca tres dimensiones interrelacionadas que deben ser garantizadas y respetadas de forma plena: la integridad de la persona, la posibilidad de poder desarrollar el propio proyecto de vida y la garantía de acceso a las condiciones materiales que hacen posible la existencia.

La dimensión de la integridad se refiere a la persona como un todo, por lo que comprende la integridad física, psíquica y espiritual. En el contexto del embarazo, pueden configurarse riesgos para la integridad en situaciones que acarreen un riesgo de secuelas físicas o psíquicas, así como de sufrimiento o dolor físico, psíquico o emocional. El riesgo de discapacidad como producto del embarazo es una situación de este tipo. También pueden considerarse como un riesgo para la integridad, entendida como estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes, casos como el embarazo producto de la violación o los embarazos de fetos anencefálicos[60]. La dimensión de la integridad de la mujer o niña debe evaluarse siempre tomando en cuenta su propia percepción, y siempre en función de todas sus características identitarias, como son su pertenencia a un grupo étnico o racial o su condición de discapacidad física o mental.

Hay riesgo para la dimensión de la autonomía de la mujer cuando el embarazo altera sustancialmente su proyecto vital en el presente o en el futuro. La situación más evidente ocurre, por ejemplo, cuando el embarazo es fruto de la violencia sexual o se trata de gestaciones no planificadas. En estos casos, es de enorme relevancia la consideración por parte de los equipos de salud (sobre todo de los profesionales de la psicología y el trabajo social), pero especialmente por parte de la propia mujer o niña y de su capacidad para dar consentimiento a las relaciones sexuales.

Todas las legislaciones nacionales establecen una edad mínima (dependiendo de cada país) bajo la cual se presume que no existe posibilidad de dar consentimiento para sostener relaciones sexuales, un umbral que en general se sitúa en los 14 años de edad. Asimismo, algunas personas tampoco pueden dar su consentimiento debido a sus condiciones intelectuales o de salud mental. En todos estos casos la relación sexual se considerará violación.

La dimensión material de la dignidad se pone en riesgo en aquellas situaciones en que el embarazo afecta la posibilidad de acceso a recursos económicos y materiales tales como la vivienda, la alimentación o los servicios de salud, así como a recursos inmateriales como el acceso a redes de apoyo familiares y sociales. El embarazo puede poner a la mujer en riesgo de expulsión del mercado de trabajo o de precarización, o a la niña en riesgo de ser excluida de la escolaridad, lo cual les impide acceder a los

medios para ganarse la vida o para desarrollar su vida futura, aumentando la situación de pobreza y, en ocasiones, el nivel de estrés producido por el embarazo. En los casos más extremos, el embarazo puede poner a la mujer o niña en riesgo de exclusión social y estigmatización dentro de su familia y/o de su comunidad.

Ya que existe una correlación entre factores de riesgo y dimensión de la dignidad afectada, todas estas circunstancias deben ser valoradas a la luz de lo expuesto en el apartado sobre los factores de riesgo para la vida asociados al embarazo.

CUANDO LA CALIDAD DE VIDA SE PONE EN RIESGO

Por su parte, el concepto de calidad de vida es un término multidimensional que significa tener buenas condiciones de vida "objetivas" y un alto grado de bienestar "subjetivo", lo cual incluye también, además de la satisfacción individual de las necesidades, la satisfacción colectiva de las mismas a través de políticas sociales[61].

La calidad de vida, en términos de bienestar subjetivo, puede verse amenazada en su faz biológica, psicológica o

social. En la faz biológica o psicológica, se configura riesgo para la calidad de vida cuando es probable que la continuación del embarazo traiga aparejada secuelas o sufrimientos físicos o mentales[62].

4 / SISTEMATIZACIÓN DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO PARA LA INDICACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LOS CASOS DE CAUSAL RIESGO PARA LA VIDA

El abordaje clínico de las situaciones de riesgo para la vida de la mujer o niña asociado al embarazo requiere un abordaje integral que implica, desde lo actitudinal, vincularse con la mujer o niña que acude a la consulta desarrollando preguntas clave que sirvan de guía y ayuden a los equipos de salud a ver más allá de lo evidente. Es fundamental el establecimiento de una alianza terapéutica de respeto y confianza mutua que permita explorar aspectos de la vida personal y familiar de la mujer. Es importante recordar que la percepción del riesgo que tenga

la propia mujer embarazada y el riesgo que esté dispuesta a afrontar deben formar parte del análisis que realice el equipo de salud.

Partiendo del análisis general que proviene de la anamnesis y el examen clínico, la sistematización del razonamiento clínico debe servir como una guía para la toma de decisiones clínicas que se debe personalizar en cada caso específico. Puede ser desarrollado por un profesional o por el equipo de salud, en el cual es recomendable contar con la participación de profesionales de diversas disciplinas con el objetivo de analizar las diferentes facetas acerca de la ILE por riesgo para la vida. Así, es importante contar con especialistas en salud mental, profesionales del área social, etc.

En cada caso analizado se deberá elaborar una historia clínica que especifique sistemáticamente los siguientes elementos de análisis de manera sucesiva:

a / Ficha patronímica.

b / Antecedentes generales. En particular son relevantes aquellos factores que puedan hacer prever la presencia de afecciones a la salud previas o que se desencadenen en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

c / Antecedentes gineco-obstétricos.

d / Constatar la edad gestacional.

- Hasta 12 semanas.
- 13 a 22 semanas.
- 22 a 24 semanas.
- Más de 24 semanas.

e / Del embarazo actual, caracterizar la complicación del mismo y con ello hacer la caracterización del riesgo para la vida en el presente embarazo constatando el riesgo específico de los factores biológicos, psicológicos y sociales y las dimensiones de la vida en riesgo.

<u>Riesgo biológico</u>

Analizar los factores de riesgo biológico teniendo en cuenta los elementos mencionados en las páginas 36-38.

Riesgo psicológico

Plantear preguntas que permitan indagar sobre la existencia de antecedentes y factores de riesgo psicológico:

- Antecedentes personales de padecimiento mental previo: depresión, ansiedad, consumo de sustancias, problemas de la alimentación, psicosis, psicosis puerperal.
- Antecedentes de padecimiento mental familiar.
- Antecedentes de adversidad en la infancia o juventud: muerte o abandono de uno o ambos padres, violencia física, psicológica o sexual, problemas perinatales, dificultades del desarrollo inicial, dificultades en la escolaridad, desastres naturales o crisis humanitarias, conflicto armado, desplazamiento.
- Exposición reciente a la violencia, especialmente a la violencia de género.
- Gestación no deseada.
- Es muy importante descartar depresión, incluso con el uso de escalas. Se puede usar la Escala de Salud Personal (PHQ-9) que descarta la afectación emocional presente.
- Por último, evaluación del riesgo suicida.

Riesgo social

Plantear preguntas que permitan indagar sobre:

- Exceso de responsabilidades de cuidado (cantidad de hijos, hijos enfermos o discapacitados y otros familiares a cargo).
- Dependencia económica.
- Empleos precarios, riesgosos o insalubres.
- Situación habitacional precaria.
- Estado de desnutrición/malnutrición.
- Inaccesibilidad a servicios (agua/cloacas/luz/calefacción/salud).
- Nulo o bajo nivel educativo.
- Falta de percepción de beneficios de seguridad social.
- Violencia de género actual o pasada.
- Aislamiento familiar o social.
- Pertenencia a comunidades cerradas o tradicionales.

Además de los riesgos biológicos, psicológicos y sociales, es importante constatar los riesgos en lo referente a las dimensiones de la calidad y dignidad de la vida de la usuaria:

Dimensión de la dignidad de vida

Componente Integridad:

- Embarazo en contexto de violencia de género.
- En contexto de violencia institucional.
- En contexto de conflicto armado.
- En situación de desplazamiento forzoso / refugio / migración.

Componente Autonomía:

- Posibilidades/dificultades en el ejercicio de la autonomía personal en el pasado.
- Planes de vida y percepción del futuro.
- Inserción del embarazo, parto y crianza en planes futuros.
- Posibilidades objetivas de desarrollar plan de vida autónomo o del libre ejercicio de la personalidad.

Componente de las condiciones materiales:

- Responsabilidades de cuidado.
- Situación de empleo.

- Situación de vivienda.
- Acceso a servicios.
- Percepción de beneficios de la seguridad social.

Dimensión de la calidad de vida

En general, se trata de las mismas indagaciones que requiere el reconocimiento de los factores de riesgo, mirando los componentes biológicos, psicológicos y sociales.

Después de documentar los factores de riesgo y las dimensiones, se debe documentar la siguiente información en la historia clínica:

f / Dimensión de temporalidad.

- Riesgo de vida presente.
- Riesgo de vida futura.

g / Solicitud de la ILE por parte de la mujer embarazada.

1 / Paciente consciente da su consentimiento informado.

2 / Paciente inconsciente.
3 / Paciente legalmente incapaz.

Decisión clínica para la interrupción del embarazo

Dicha decisión debe fundarse en un análisis de necesidad para la protección de la vida de la mujer embarazada, siendo en ese sentido clave que se afirme la necesidad de una interrupción y se exprese que de no hacerlo se incrementara el riesgo para la vida de la mujer.

h / **Implementación de la decisión clínica.** En los casos de riesgo actual o inminente, el tratamiento podrá determinarse como curativo y la oportunidad podrá ser de emergencia (riesgo inminente, por ejemplo paciente en choque hipovolémico por hemorragia) o urgencia (casos de patología materna intercurrente, por ejemplo). En los casos de riesgo futuro, cuando existan antecedentes personales, gineco-obstétricos o del presente embarazo que incrementen el riesgo para la vida, el tratamiento podría ser profiláctico o preventivo y en general la ILE sería de coordinación (casos de riesgo de salud mental por grave malformación fetal, por ejemplo).

Concomitantemente, se debe definir el **Método**, que podrá ser:

1 / Farmacológico (Mifepristona/Misoprostol).

2 / Quirúrgico:

- Aspiración eléctrica o Manual.
- Dilatación y evacuación.
- Micro cesárea.

i / **Consejería en anticoncepción**. Durante el proceso, y teniendo en cuenta las particularidades del caso, es fundamental abordar el tema de la anticoncepción de tal forma que la mujer pueda disponer de un método adecuado a sus preferencias y necesidades. Sin excepción, la mujer debe recibir asesoría anticonceptiva, recordando que todos los métodos pueden usarse en postaborto (ver criterios de elegibilidad para uso de métodos anticonceptivos, OMS, 2015).

5 / MARCO LEGAL INTERNACIONAL PARA LA APLICACIÓN DE LA CAUSAL VIDA

LA CAUSAL VIDA COMO EXCEPCIÓN A LA PENALIZACIÓN DEL ABORTO

La causal vida es una excepción legal al aborto que se incluye en la legislación de la mayor parte de los países del mundo, y en casi todos los países de la región latinoamericana. En general es una excepción claramente especificada por la ley, aunque no siempre es así. Cuando el permiso de aborto legal en situaciones de riesgo para la vida se incluye de forma expresa en el código penal o en alguna ley especial, su aplicación se encuentra regulada por el Ministerio de Salud o una autoridad equivalente. Cuando la ley no lo incluye, pero existen normas de protección constitucional de la vida, su aplicación por parte de los equipos de salud no suele estar regulada.

No obstante, esta falta de regulación no significa que la causal no exista. La causal vida se considera un estándar mínimo internacional de protección de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Se fundamenta en el consenso del derecho internacional de los derechos humanos en virtud del cual, si bien todos los Estados tienen el derecho de regular dentro de su territorio cómo y cuándo se prestan servicios de aborto, no pueden hacerlo de manera tal que sea incompatible con el respeto de los derechos de la mujer o niña embarazada, y en particular su derecho a la vida. De este modo, la protección del derecho a la vida, que se encuentra en las constitucionales nacionales, debe ser entendida de manera extensa para la no penalización de intervenciones médicas indispensables para salvaguardar la vida de las mujeres y niñas cuando se determina que existe riesgo de daño ocasionado por un embarazo.

La causal vida se define como la terminación de un embarazo con el consentimiento informado de la mujer o niña, cuando esta terminación es la medida terapéutica necesaria en casos donde la continuación del embarazo representa un riesgo de muerte o de merma sustancial de la calidad de vida de la mujer o niña.

Así, cuando los equipos de salud indican a una mujer que el embarazo pone en riesgo su vida y le practican una interrupción del mismo, se considera que hacen uso de la causal vida, de modo que hablamos de Interrupción Legal del Embarazo o ILE.

EL DERECHO A LA VIDA

El derecho a la vida es la condición básica que posibilita el ejercicio de cualquier otro derecho humano[63]. Consiste en el derecho de toda persona a estar libre de actos u omisiones que estén dirigidos o tengan el propósito de causar su muerte no natural o prematura, así como a la expectativa legítima de disfrutar de una existencia digna[64].

El derecho a la vida se refiere al deber de garantizar las condiciones de existencia de los seres humanos desde el punto de vista material, cultural, social y espiritual[65]. Por tanto, comprende no sólo el derecho de todo ser humano a no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna[66]. Así lo reconocen múltiples instancias internacionales y los altos tribunales de la región latinoamericana.

El derecho a tener un nivel de vida adecuado o en condiciones mínimas de vida digna fue primeramente consagrado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Pero el significado concreto de existencia "digna" ha sido el resultado de una construcción jurisprudencial. Han sido los tribunales nacionales y los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos quienes a partir del análisis de casos concretos han determinado qué significan los conceptos de vida digna, proyecto de vida y calidad de vida.

Siguiendo los estándares desarrollados por las Altas Cortes de América Latina[67], para los fines de esta guía el derecho a la vida comprende tres dimensiones interrelacionadas:

1 / La autonomía o posibilidad de construir un proyecto de vida y determinar sus características: **vivir como se quiere**.

2 / Ciertas condiciones materiales concretas de existencia: **vivir bien**.

3 / La intangibilidad de los bienes no patrimoniales, la integridad física y la integridad moral: **vivir sin humillaciones**[68].

Estas tres dimensiones del derecho a la vida tienen una relación directa con la legalidad del aborto en ciertos casos, ya que se considera que no es permisible que ninguna ley o práctica desconozca que la mujer es un ser humano plenamente digno que debe ser tratado como tal. Por consiguiente, no debe ser considerada ni tratada como "un simple instrumento de reproducción de la especia humana"[69], ignorando su derecho al propio proyecto de vida.

Como dejan ver estas tres dimensiones interrelacionadas del derecho a la vida, existe una relación directa entre este derecho y el derecho humano al propio proyecto de vida[70]. Este derecho protege la realización integral de la persona considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas[71]. En el contexto de la maternidad, el proyecto de vida puede verse afectado si la continuación del embarazo supone un riesgo para la vida de la mujer o la niña[72].

EL SUJETO DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA VIDA

Existe una diferencia entre la vida como derecho público de carácter fundamental y la vida como bien jurídicamente protegido o valioso. La vida, en su sentido de valor, es un bien jurídico objeto de protección en todos los ordenamientos jurídicos, e incluye a la vida no nacida o potencial. Por su parte, el derecho a la vida supone la existencia de una persona titular de derechos.

En base a esta distinción, para el derecho internacional de los derechos humanos el embrión o feto no es un sujeto titular de derechos de forma independiente de la mujer embarazada. El objeto directo de protección del derecho a la vida es fundamentalmente la mujer embarazada, "dado que **la defensa del no nacido se realiza esencialmente a través de la protección de la mujer**"[73].

Por esta razón, mantener prácticas o normas que tengan como resultado que la protección de la vida en gestación tenga una preeminencia absoluta por encima de los derechos de la mujer embarazada es manifiestamente contrario a todo el marco de protección internacional de los derechos humanos, como también lo han afirmado múltiples tribunales nacionales[74].

El derecho a la vida debe ser interpretado de manera amplia. Sin embargo, esto no significa que el derecho a la vida tenga un carácter de derecho absoluto. El derecho a la vida admite excepciones que son el resultado de ponderar este derecho frente a otros derechos fundamentales[75]. Es así como el derecho a la vida desde la concepción se garantiza de modo incremental, según su desarrollo, y admite excepciones[76].

DERECHO A UNA MATERNIDAD SEGURA Y LA CAUSAL VIDA

El derecho a la maternidad segura forma parte del conjunto de los derechos sexuales y reproductivos, y se deriva del derecho de toda persona a la vida privada y familiar, a la reproducción, a la vida y a la salud. En concreto, se refiere al derecho de toda mujer a disfrutar de una maternidad libremente elegida y a recibir los cuidados médicos necesarios para el desarrollo de su maternidad con el mayor nivel de salud posible, así como los servicios sociales necesarios para el desarrollo digno de dicha maternidad.

La manifestación más básica de este derecho se encuentra en las medidas adoptadas para erradicar la mor-

bimortalidad materna por causas prevenibles. De ahí que la mayoría de los Estados traten de proteger este derecho a través de políticas públicas dirigidas a disminuir de manera significativa las tasas de morbilidad y mortalidad materna. En este sentido, no criminalizar el aborto en base a la causal vida es una medida importante que contribuye a la disminución de muertes maternas.

El derecho de acceso a servicios de salud materna es uno de los componentes básicos del derecho a la maternidad segura y digna. Estos servicios deben ser accesibles y de calidad, y se considera que incluyen de forma indispensable el acceso al aborto en todos los casos de riesgo para la vida de la mujer y siempre que exista su consentimiento informado. La falta de servicios de salud materna apropiados tiene efectos diferenciales sobre el derecho de la mujer a la vida[77].

DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE DAÑO A LA VIDA

Desde el punto de vista jurídico, el daño es todo perjuicio que sufre una persona en sus bienes naturales (su vida, integridad), en su propiedad o en su patrimonio, causado por una persona o cosa como consecuencia de algún evento determinado. Así, bajo ciertas circunstancias, en los casos

en que una mujer no recibe un tratamiento médico necesario para salvar su vida, como pueda ser un aborto, se puede llegar a ocasionar un daño. Este daño puede ser de carácter material, por ejemplo cuando se produce la muerte o da lugar a enfermedades graves o pérdida de recursos económicos por incapacidad; o de carácter moral, por ejemplo por malos tratos recibidos durante la denegación o por la angustia generada por la denegación del aborto.

En el contexto de la causal vida, existe riesgo de daño cuando hay una probabilidad razonable de que éste se materialice y cuando el daño no recae sobre bienes o intereses jurídicos que puedan ser reparables. Es decir, existe riesgo cuando lo que puede ser dañado son los bienes no sustituibles, por ejemplo cuando se arriesga la pérdida de la vida o la calidad de la vida de una persona. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha establecido que, ante circunstancias que presenten o involucren riesgos o amenazas inminentes que causen o puedan causar daños irreparables, la respuesta legal para remediarlas debe ser **inmediata**[78].

Asimismo, cuando existen responsabilidades de cuidado y de prestación de servicios, sobre todo en salud, se con-

sidera que los prestadores de servicios de salud a cargo **tienen la obligación** de tomar medidas para prevenir las situaciones que acarreen un riesgo de daño para las personas. La obligación legal de evitar riesgos para la vida de las personas se deriva del principio que sostiene que el derecho a la vida se viola de muchas maneras: cuando se provoca la muerte directamente por medio del homicidio, **o cuando no se evitan circunstancias que conducen a la muerte de las personas**[79]. En otras palabras, el derecho fundamental a la vida implica no sólo la obligación negativa de no privar a nadie de la vida arbitrariamente, sino también la obligación positiva del Estado y sus agentes de tomar todas las medidas necesarias para asegurar que ese derecho no sea violado y que la persona no sea dirigida hacia la muerte por acciones u omisiones[80].

En diferentes partes del mundo, los tribunales de justicia han identificado, a partir del examen de casos médicos, cuándo un riesgo debe ser considerado como prevenible, de tal modo que si no se toman medidas adecuadas para impedir el daño, se incurre en responsabilidad legal.

Así pues, algunos tribunales han desarrollado una escala de riesgos y amenazas partiendo de la idea de que existen

unos riesgos mínimos que deben ser tolerados por las personas, y unos riesgos extraordinarios que el Estado tiene la obligación de impedir, a través de sus agentes, para evitar que se consume un daño. Los riesgos que no deben ser tolerados son aquellos en donde se dan las siguientes condiciones:

1 / La existencia de un peligro específico e individualizable. Es decir, preciso, determinado y sin vaguedades.
2/ La existencia de un peligro cierto, esto es, con elementos objetivos que permitan inferir que existe una probabilidad razonable de que el inicio de la lesión del derecho se convierta en destrucción definitiva del mismo. De ahí que no se pueda tratar de un peligro remoto o eventual.
3 / Tiene que ser importante, es decir, que debe amenazar bienes o intereses jurídicos valiosos para el sujeto como, por ejemplo, el derecho a la vida.
4 / Tiene que ser excepcional, pues no debe ser un riesgo que deba ser tolerado por la generalidad de las personas. Y, finalmente:
5 / Debe ser desproporcionado frente a los beneficios que deriva la persona de la situación por la cual se genera el riesgo[81].

CASO "ASUNTO B, RESPECTO DEL SALVADOR"

Se reconocieron medidas a favor de una mujer que tenía que abortar un feto anencefálico para salvar su vida debido a las enfermedades que padecía.

Se requirió al Estado adoptar y garantizar, de manera urgente, todas las medidas que fuesen necesarias y efectivas para que el grupo médico tratante de la señora B pudiera adoptar, sin inferencia alguna, las medidas médicas que se considerasen oportunas y convenientes para asegurar la debida protección de los derechos consagrados en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana y, de este modo, evitar daños que pudiesen llegar a ser irreparables a los derechos a la vida, la integridad personal y la salud de la señora B.

Asimismo, la jurisprudencia ha construido el concepto de **"urgencia vital"**, que se refiere a aquellos daños que no ocasionan la muerte, pero sí afectan la calidad de vida de forma sustancial. En este sentido, los jueces interpretan

que la urgencia vital ocurre cuando se da una afección previsible de la vida, sin necesidad de llegar a su pérdida: "La situación del enfermo puede ser calificada como de urgencia vital cuando esté en riesgo cierto e inminente la propia vida del paciente, pero también cuando pueda representar la probabilidad cierta de que un retraso en recibir la asistencia pueda producir daños graves para la salud en forma de secuelas o la prolongación en el tiempo de sufrimientos intolerables"[82].

6 / APLICANDO EL MODELO

Si bien no es posible hacer un listado exhaustivo de situaciones clínicas que representan un riesgo para la vida de la mujer, se incluyen aquí algunos ejemplos de manera ilustrativa, entendiendo que muchas otras situaciones que se presentan en la práctica, bajo un abordaje integral, también deben contemplarse en el marco de la ILE por riesgo para la vida. Los casos incluidos aquí están pensados como una guía metodológica de aplicación para ayudar a los equipos de salud a reflexionar sobre los casos en los que la causal vida ya está siendo aplicada, así como para contemplar situaciones que deberían entrar bajo la causal vida en virtud de este abordaje integral ilustrado en las secciones anteriores.

CASO 1: HIPERTENSIÓN PULMONAR

MUJER DE 27 AÑOS QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA POR DIFICULTAD RESPIRATORIA DE DOS DÍAS DE EVOLUCIÓN QUE SE HA INTENSIFICADO EN LAS PASADAS 3 HORAS. REFIERE ASTENIA Y ADINAMIA Y EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES DE PREDOMINIO VESPERTINO DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN.

ANTECEDENTES

Sin antecedentes familiares de importancia. Como antecedente personal cardiopatía congénita detectada desde los dos años y no corregida. Menarquia a los 13 años. Sin embarazos previos, ciclos irregulares de 60-90 x 3-4. Utiliza preservativo. Fecha de última menstruación: hace tres meses.

EXAMEN FÍSICO

Al examen físico se encuentra una mujer consciente, hidratada y afebril. Presión arterial 110/70 mm Hg, temperatura oral de 36,2, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 30 por minuto. Hiperactividad precordial, trill en segundo espacio intercostal (EIC); a la auscultación: área cardiaca arrítmica, con presencia de soplo holosistólico rudo V/VI, irradiado a ápex, desplazado al séptimo EIC de la línea axilar media; el abdomen blando, indoloro, peristalsis presente; con dificultad se palpa hepatomegalia de 0.5 cm por debajo del reborde costal.

En la especuloscopia se observa la vagina de paredes violáceas, con cérvix posterior cerrado. Al tacto: vagina de paredes elásticas, cérvix posterior cerrado reblandecido, se palpa útero aumentado de tamaño en anteversoflexión. Radiografía de tórax: cardiomegalia global, arteria pulmonar prominente, congestión venocapilar importante, imagen cotonosa que sugiere edema pulmonar agudo.

- Ecocardiograma: Defecto septal atrial de 20 mm, estenosis valvular pulmonar.

- Electrocardiograma: disociación auriculoventricular, bloqueo auriculoventricular grado III, con frecuencia ventricular de escape y bigeminismo.
- Prueba de embarazo: positiva.
- Ecografía Obstétrica: embarazo de 9 semanas.

DIAGNÓSTICO

Se hace diagnóstico de embarazo de 9 semanas por ecografía y cardiopatía congénita acianógena de flujo pulmonar aumentado.

- Comunicación interauricular amplia y estenosis pulmonar.
- Insuficiencia tricúspidea.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Hipertensión pulmonar severa.
- Bloqueo auriculoventricular completo.
- Crecimiento biauricular.

CONDUCTA

Se explica riesgo a la paciente y ella decide interrumpir el embarazo. Además, se informa a la paciente sobre los

riesgos en caso de un nuevo embarazo y la importancia de la anticoncepción postaborto inmediata. Se indica diurético de ASA, profilaxis para endocarditis bacteriana, trombofilaxia. Se coloca catéter central en la Unidad de Cuidados Intensivos y Cardiología sugiere colocación de marcapasos definitivo, cierre de la comunicación interauricular y plastia de estenosis pulmonar, una vez se interrumpa la gestación.

Se inicia manejo con espironolactona e inhibidor de enzima convertidora de angiotensina a dosis bajas. Se procede a interrupción del embarazo y cuatro días después egresa de la Unidad de Cuidados Intensivos hemodinámicamente estable, permanece en hospitalización en piso durante cuatro días más, mientras se tramita valoración por el Servicio de Cardiocirugía para el procedimiento quirúrgico

RIESGO

La hipertensión pulmonar causa mortalidad materna entre el 30% y el 50% de las mujeres afectadas, por lo que la asesoría preconcepcional debe enfatizar el riesgo que un embarazo conlleva y debe desaconsejarse el mismo. Los

cambios hemodinámicos asociados al embarazo, parto y puerperio pueden causar riesgo para la mujer gestante con hipertensión pulmonar. Existen tres momentos de especial riesgo de descompensación, ya sea por aumento o por disminución brusca de los volúmenes que deberá manejar un ventrículo insuficiente. El primero de ellos es al final del segundo trimestre (entre las 28 y 32 semanas de gestación), que corresponde al periodo de mayor expansión de volumen plasmático; el segundo es durante el trabajo de parto, ya que durante las contracciones uterinas se produce flujo de sangre desde la circulación uteroplacentaria hacia la cava, con el consiguiente aumento del débito cardiaco entre un 15-20%. Por otra parte, el pujo materno en el periodo del expulsivo, por un efecto mecánico compresivo, genera una disminución del retorno venoso que puede llegar a ser crítico. Finalmente, el tercer periodo crítico corresponde al del puerperio precoz, porque una vez producido el alumbramiento e iniciada la retracción uterina se libera la obstrucción mecánica de la vena cava con aumento del retorno venoso asociado, debido a lo cual existe un aumento de la resistencia vascular sistémica, y un rápido flujo de sangre desde la circulación útero-placentaria, cambios todos que deberán ser manejados por el corazón.

En algunas series se ha encontrado que esta es la enfermedad cardiovascular que mayor mortalidad materna conlleva. La mayoría de las muertes maternas ocurren entre el séptimo y el noveno día del puerperio. Teniendo en cuenta la edad gestacional, la viabilidad fetal, el deterioro clínico y la decisión de la mujer, debe ofrecerse a la mujer embarazada con HTP la posibilidad de realizar una interrupción legal del embarazo por causa médica. Ésta se debe realizar de la forma más precoz posible. La mortalidad asociada a la IVE no ha sido determinada, pero es mayor cuando más tarde se realiza y, en cualquier caso, inferior a la mortalidad materna que implica el embarazo.

Como ya se mencionó anteriormente, una mujer con HTP no debería quedarse embarazada, y una vez se realice la ILE se debe usar un método anticonceptivo eficaz con base a su elección (vasectomía, esterilización femenina postaborto inmediato); si la mujer definitivamente no desea esterilización, la opción sería un método reversible de larga duración (implantes subdérmicos o DIU).



FUNDAMENTOS LEGALES Y ÉTICOS

- Existe un peligro específico e individualizable. Se trata de una mujer de 27 años, embarazada y con hipertensión pulmonar severa.
- Existencia de un peligro cierto: en las mujeres, la HTP conlleva una recomendación de no embarazo ya que se reconoce como una enfermedad que se agrava por el embarazo y el parto. Más aún, cuanto más avanzado esté el embarazo, mayor es el riesgo para la mujer. En este caso, además, la mujer se presenta a consulta con una HTP severa.
- El riesgo de daño recae sobre un bien valioso y no sustituible: continuar con el embarazo acarrea el riesgo de muerte o, en otros términos, el bien jurídico en peligro es la vida de la mujer.
- El riesgo es excepcional: perder la vida por la asociación entre HTP y embarazo no es un riesgo general. Es decir, no es un riesgo del tipo que debe y puede ser asumido por cualquier persona que recibe tratamiento médico como, por ejemplo, el riesgo asumido al recibir anestesia. La HTP es una condición severa de salud, que exige un protocolo de tratamiento adaptado a las circunstancias específicas de la paciente y dirigido a preservar su vida en condiciones de dignidad y calidad.

En el caso del ejemplo, la continuación del embarazo sólo agrava la HTP de la paciente, lo cual hace que sus probabilidades de poder continuar y llevar a término el embarazo sean inexistentes. Por tanto, la vía de tratamiento para evitar el riesgo de daño es la ILE.

La legalidad de la ILE se ampara en toda la legislación nacional e internacional de protección del derecho a la vida, el derecho a la salud y los derechos del (la) paciente.

REFERENCIAS

AVELLANA, Patricia; SEGOVIA, Javier; LÓPEZ, Francisco; GÓMEZ-BUENO, Manuel; GARCÍA-COSÍO CARMENA, María Dolores; y ALONSO-PULPÓN, Luis. Hipertensión pulmonar y embarazo, *Cardiocore*, 2012, 47 (4), págs. 154-160.

BERUMEN LECHUGA, María Guadalupe; TÉLLEZ BECERRIL, Gerardo Efraín; MUÑOZ CANO, Araceli Sevilla; GONZÁLEZ VARGAS, Ángel; BRIONES GARDUÑO, Jesús Carlos; y ÁVILA ESQUIVEL, Fernando. Hipertensión pulmonar y embarazo, *Medigraphic*, 2009, 1 (1), págs. 24-27.

HALL, Michael E.; GEORGE, Eric M. George; y GRANGER, Joey P. El corazón durante el embarazo, *Revista Española de Cardiología*, 2011; 64, págs. 1.045-1.050.

Secretaría de Salud de México. *Guía de práctica clínica: diagnóstico y manejo de la cardiopatía en embarazo*, México, 2011.

CASO 2: EMBARAZO ECTÓPICO

MUJER DE 26 AÑOS DE EDAD, QUIEN PRESENTA CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL Y SANGRADO GENITAL OBSCURO DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN.

ANTECEDENTES

Sin antecedentes familiares de importancia. Como antecedente personal, apendicectomía hace 6 años y cesárea hace 5 años. Una hija de 5 años, no abortos. No desea más hijos(as), razón por la cual ha estado usando preservativos y el compañero se realizó la vasectomía dos meses atrás.

EXAMEN FÍSICO

Al examen físico se encuentra una mujer consciente, lúcida, hidratada y afebril con signos hemodinámicos normales. Con una presión arterial de 110/60 mm Hg y frecuencia cardíaca de 90 por minuto. En la especuloscopia se observa la vagina de paredes violáceas, con cérvix posterior puntiforme, evidenciando escaso sangrado obscuro proveniente de cavidad uterina. Al tacto: vagina de paredes elásticas, cérvix posterior cerrado reblandecido, se palpa útero aumentado de tamaño en anteversoflexión, con anexos de difícil valoración por dolor abdominal.

DIAGNÓSTICO

Ingresa al servicio con los diagnósticos de embarazo de 8 semanas por fecha de última menstruación, hemorragia de la primera mitad del embarazo y probable embarazo ectópico.

CONDUCTA

Con el resultado ecográfico, que reporta saco gestacional anexial derecho conteniendo feto con actividad cardíaca presente, embarazo ectópico derecho no complicado, gestación de 8 semanas. Más los resultados de GCH cuantitativa en 25000 UI, se decide pasar a cirugía.



RIESGO OCASIONADO

El tratamiento es de un embarazo ectópico. No puede demorarse pues el riesgo de ruptura es alto y de ocurrir puede causar la muerte. Alrededor del 7% de las muertes maternas se deben a embarazo ectópico roto.

FUNDAMENTOS LEGALES Y ÉTICOS

- Existe un peligro específico e individualizable. Se trata de una mujer de 26 años con embarazo ectópico.
- Existencia de un peligro cierto: el embarazo ectópico produce rotura de la trompa en todos los casos.
- El riesgo de daño recae sobre un bien valioso y no sustituible: de continuar con el embarazo el riesgo es de muerte o, en otros términos, el bien jurídico en peligro es la vida de la mujer.
- El riesgo es excepcional: perder la vida por embarazo ectópico no es un riesgo general. Es decir, no es un riesgo del tipo que debe y puede ser asumido por cualquier persona que recibe tratamiento médico, como, por ejemplo, el riesgo asumido al recibir anestesia. El embarazo ectópico es una condición severa de salud, cuya continuación pone a la mujer en riesgo

de muerte. Las intervenciones que se realizan luego de la ruptura de la trompa, a pesar de que pueden llegar a preservar la vida, colocan a la mujer en riesgo alto de perder su capacidad reproductiva, lo que se considera una pérdida de calidad de vida y una afectación directa a la dignidad de la vida. Por tanto, la vía de tratamiento para evitar el riesgo de daño es la ILE.

La legalidad de la ILE se ampara en toda la legislación nacional e internacional de protección del derecho a la vida, el derecho a la salud y los derechos del (la) paciente.

REFERENCIAS

Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva, Ministerio de Salud de Perú, 2007.

Secretaría de Salud de México. *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico*, México, 2009.

CASO 3: CÁNCER DE CÉRVIX

MUJER DE 38 AÑOS DE EDAD, CURSANDO UN EMBARAZO DE 15 SEMANAS QUIEN ES REFERIDA A SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR PRESENTAR, DESDE HACE UN MES, SANGRADO GENITAL DE COLOR ROJO OSCURO Y OLOR FÉTIDO VAGINAL.

ANTECEDENTES

Antecedentes familiares: tía materna falleció por cáncer de cuello uterino. Como antecedentes personales: Gesta: 7. Para: 5. Abortos: 1. Inicio de vida coital a los 16 años, tres compañeros sexuales. Única citología cervical hace 12 años y enfermedad pélvica inflamatoria hace cuatro años.

EXAMEN FÍSICO

A la exploración clínica general se evidencia paciente en buenas condiciones generales, afebril, hidratada, consciente y piel pálida. Útero grávido para 15 semanas, feto único. Al examen se evidencia una lesión sangrante en labio anterior del cuello uterino, de 6 x 6 cm, clínicamente sospechosa de malignidad. Se toma muestra para citología cérvico-vaginal y biopsia dirigida por colposcopia. Se solicitan ecograma obstétrico y exámenes paraclínicos.

El resultado de la citología cérvico-vaginal reporta la presencia de lesión intraepitelial de bajo grado (NIE I + VPH) y presencia de bacterias mixtas y polimorfonucleares. El informe de la biopsia cervical revela la presencia de neoplasia maligna constituida por células grandes, pleomórficas, con abundante citoplasma, núcleos hipercromáticos, mitosis atípicas, perlas corneas, nucléolos prominentes e infiltrado inflamatorio polimorfonuclear y linfoplasmocitario. Se establece el diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide infiltrante de células grandes queratinizante. Asimismo, se pudo observar el surgimiento de la lesión neoplásica de un área de metaplasia escamosa.

Dentro de los exámenes paraclínicos solicitados se encontraron los siguientes resultados: hemoglobina (10,2 g/dl), hematocrito 35,6%, leucocitos 11.100/mm^3, plaquetas 378.000/mm^3, VDRL no reactivo, Test de Elisa-HIV negativo, glicemia 88 mg/dl, urea 4 mg/dl, creatinina 0,6 mg/dl, ácido úrico 3,14 mg/dl, DHL 250 mg/dl, bilirrubina total 1 mg/dl, bilirrubina directa 0,31 mg/dl, TGO 16 U/L y TGP14U/L.

El ecograma obstétrico transabdominal visualiza feto único vivo, con biometría fetal acorde para 15 semanas de gestación, sin alteraciones estructurales. Cordón umbilical con sus 3 elementos vasculares, placenta insertada en cara anterior madurez grado 0 y líquido amniótico de volumen normal.

DIAGNÓSTICO

- Gestación de 15 semanas.
- Cáncer cervicouterino infiltrante de células grandes.

CONDUCTA

Es evaluada por el servicio de Oncología y Radioterapia. Se realiza estadificación del tumor, tratándose de un car-

cinoma en estadio II B. Se explica a la mujer sobre el diagnóstico, pronóstico, estadio del tumor, tratamiento y riesgos de postergar la terapéutica y, en base a esta información completa, ella decide la interrupción de la gestación e inicio del tratamiento con Radioterapia y posterior implante intracavitario.

RIESGO

El cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer de la mujer y el quinto entre todos los tipos de cáncer que afectan a hombres y mujeres. Uno de cada 1.250 a 2.200 embarazos es concomitante con cáncer de cérvix infiltrante, cifra que varía considerablemente según el país. El cáncer de cérvix se trata a menudo con cirugía y radioterapia (radioterapia de haces externos y braquiterapia), y la dosis absorbida que se requiere en ambas formas de radioterapia es lesiva para el feto. Si el tumor es infiltrante y se diagnostica cuando ya hay madurez pulmonar, existe la opción de retrasar el tratamiento hasta el nacimiento.

FUNDAMENTOS LEGALES Y ÉTICOS

- Existe un peligro específico e individualizable. Se trata de una mujer de 38 años de edad, embarazada y con cáncer de cérvix.
- Existencia de un peligro cierto: el cáncer de cérvix puede ser una causa de muerte cuando no se recibe tratamiento inmediato y adecuado. El cáncer es además una enfermedad asociada con altos niveles de estrés individual y familiar por su relación con tratamientos largos y costosos, una alta tasa de mortalidad y efectos secundarios severos y persistentes en el tiempo incluso luego de su erradicación.
- El riesgo de daño recae sobre un bien valioso y no sustituible: de continuar con el embarazo el riesgo para la mujer es ver disminuidas sus probabilidades de supervivencia al cáncer de cérvix, tanto por la iniciación muy tardía del tratamiento como por las implicaciones del embarazo en su salud general. La disminución de estas probabilidades coloca a la mujer en un riesgo de muerte por un tipo de cáncer que podía haber sido tratado, pero además afecta de forma grave su calidad de vida, así como su dignidad. Sobre todo, la salud psicológica de la mujer puede verse muy



comprometida por el desarrollo de un embarazo al mismo tiempo que se agrava el cáncer.

- El riesgo es excepcional: El cáncer de cérvix junto al embarazo representan un riesgo para la vida de la mujer de carácter excepcional. Es decir, no es un riesgo del tipo que puede ser asumido por cualquier persona que recibe tratamiento médico, como, por ejemplo, el riesgo asumido al recibir anestesia. Por tanto, la vía de tratamiento para evitar el riesgo de daño que se debe ofrecer es la ILE.

La legalidad de la ILE se ampara en toda la legislación nacional e internacional de protección del derecho a la vida, el derecho a la salud y los derechos del (la) paciente.

REFERENCIAS

Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. *Cáncer cervicouterino y embarazo*, México, 2010.

CASO 4:
INTENTO SUICIDA

MUJER DE 16 AÑOS DE EDAD, QUIEN ES REFERIDA PARA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO CON GESTA DE 14 SEMANAS Y ANTECEDENTE DE INTENTO DE SUICIDO.

ANTECEDENTES

Padre de 55 años, médico en una región alejada. Usa alcohol en exceso. No recibe tratamiento por alcoholismo. El año pasado recibió diagnóstico de cáncer de próstata, en radioterapia. Madre falleció cuando la paciente tenía ocho años. Ella la encontró colgada de una viga, intentó bajar el cadáver pero no pudo, y se abrazó a sus piernas hasta que llegaron otros familiares, sin llorar. Creció con la abuela materna, pasando temporadas en casa del padre y su nueva esposa, con quien tiene una relación de marcada hostilidad mutua.

La paciente nació prematura de 36 semanas por cesárea, pero se desarrolló sin novedad. Inició escolaridad a los seis años, sin repitencia. Ha llegado hasta el 4° año de secundaria, que abandonó por la presente gestación, lo cual no fue deseado/buscado. Menarquia a los 12 años, inició relaciones sexuales a los 12 años, sin MAC. G1.

A los once años tuvo un intento suicida, ingirió veinte tabletas de Diazepam "para reunirse con su madre". Le hicieron lavado, recibió Flumazenil, no tuvo evaluación de salud mental por decisión del padre. El cogestante es un muchacho de 17 años muy asustado a quien el padre de la paciente ha amenazado de muerte si se acerca a ella. El embarazo es recibido como una noticia muy desafortunada.

EXAMEN MENTAL

Se trata de una adolescente mujer que representa edad mayor que la cronológica, despierta, orientada, hostil, no mira a la entrevistadora. Llorosa, dice que no quiere el embarazo y de continuar prefiere morirse. Narra el suicidio de la madre sin mayor vibración emocional. Delirios místicos y de control externo. Alucinaciones auditivas, la voz de una mujer que le dice que se mate para estar cerca de la madre. Sin planes futuros, sin vínculo emocional con el em-

barazo. Anergia, anhedonia, desinterés en el entorno. Sin capacidad de autocrítica. Sin conciencia de enfermedad.

DIAGNÓSTICO

Ingresa al servicio con diagnóstico de embarazo de 14 semanas por ecografía y de trastorno bipolar, fase depresiva con síntomas psicóticos.

CONDUCTA

Se brinda la opción legal de interrupción de embarazo, la cual es aceptada por la paciente y su padre.

RIESGO

Esta joven mujer presenta los siguientes factores de riesgo:

- Nacida de parto prematuro.
- Muerte de la madre por suicidio cuando tenía ocho años.
- Abandono y violencia psicológica por parte del padre y la nueva pareja.

- Antecedente de intento suicida a los once años.
- Indicadores actuales de depresión y psicosis.

Todo esto representa un grave riesgo de suicidio (el antecedente de familiar fallecido por suicidio es un poderoso predictor de suicidio) que sabemos es frecuente en las adolescentes embarazadas.

FUNDAMENTOS LEGALES Y ÉTICOS

- Existe un peligro específico e individualizable. Se trata de una adolescente de 16 años de edad, embarazada que ha intentado quitarse la vida.
- Existencia de un peligro cierto: el suicidio es una causa frecuente de muerte materna.
- El riesgo de daño recae sobre un bien valioso y no sustituible: de continuar con el embarazo el riesgo de suicidio aumenta y por tanto de muerte de la adolescente. Además, un embarazo que genera ese nivel de rechazo disminuye enormemente las posibilidades de tratamiento y recuperación de la salud mental de la mujer o adolescente, pudiendo llegar a incapacitarla, lo que corresponde a una pérdida sustancial de calidad y de dignidad de la vida.



- El riesgo es excepcional: Los problemas de salud mental con intento suicida requieren intervenciones tempranas que disminuyan o erradiquen el riesgo de muerte del (la) paciente. El riesgo de causar la propia muerte no es un riesgo del tipo que debe y puede ser asumido por cualquier persona. Los pacientes de salud mental requieren intervenciones dirigidas específicamente a proteger su vida. Cuando el embarazo se convierte en un estresor para la salud mental que puede terminar en conductas suicidas, la vía de tratamiento para evitar el riesgo de daño es la ILE. Las intervenciones dirigidas a inmovilizar, sedar o privar de libertad a mujeres o niñas embarazadas con riesgo suicida hasta llevar a término el embarazo afectan la calidad de la vida en sus tres componentes y a la dignidad de la vida en sus tres dimensiones, con muy escasas probabilidades de éxito terapéutico para la paciente. Finalmente, este tipo de prácticas representan formas de tortura y por tanto se encuentran prohibidas por la legislación, en consecuencia, la vía de tratamiento para evitar el riesgo de daño es la ILE.

La legalidad de la ILE se ampara en toda la legislación nacional e internacional de protección del derecho a la vida, el derecho a la salud y los derechos del (la) paciente.

REFERENCIAS

JOHANNSEN, B.M.; LARSEN, J.T.; LARSEN, T.M.; LAURSEN, V.; BERGINK, S.; MELTZER-BRODY, T.; y MUNK-OLSEN. All-Cause Mortality in Women with Severe Postpartum Psychiatric Disorders, *American Journal of Psychiatry*, 2016, 173(6), págs. 635-642.

LARA, María Asunción; y LETECHIPÍA, Gabriela. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas, *Salud Mental*, 2009, 32, págs. 381-387.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España. *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*, España, 2011.

CASO 5: ABUSO SEXUAL A MENOR DE 15 AÑOS

NIÑA DE 12 AÑOS EMBARAZADA PRODUCTO DE ABUSO SEXUAL.

ANTECEDENTES

No refiere inicio de la menstruación. Fue llevada a consulta por su madre al Centro de Salud ya que presentaba muchas náuseas y vómitos. Allí encontraron una gestación de 12 semanas en curso, por lo que inician la investigación y se documenta abuso sexual desde los 10 años por parte de su padrastro.

EXAMEN FÍSICO

- Al examen físico se encuentra una niña consciente, orientada, hidratada con signos hemodinámicos normales.

- Talla 1,42 peso 39 kg.
- Presión arterial de 105/65 mmHg y frecuencia cardíaca de 72 por minuto. No se realiza exploración genital por el antecedente de abuso y se indica ecografía obstétrica.

DIAGNÓSTICO

Embarazo de 12 semanas por ecografía.

CONDUCTA

Se brinda la opción legal de interrupción del embarazo bajo causal riesgo para la vida la cual es aceptada por la paciente y su madre.

RIESGO

- La población más vulnerable al abuso sexual es la de adolescentes de entre 11 y 16 años, con apenas denuncias de estos hechos. Las principales víctimas son niñas menores de 15 años, y en el 50% de los casos el agresor es conocido.

- Existe evidencia que indica que hay mayor mortalidad materna en menores de 15 años, siendo 4 veces más alta que en el grupo etario de 20 a 24 años. Igualmente, se sabe que en menores de 15 años hay mayor proporción de anemia, hipertensión asociada a la gestación, infecciones vaginales, infecciones puerperales y complicaciones en el posparto. En las más jóvenes incluso puede haber desproporción fetopélvica, aumentando el índice de complicaciones del parto, y la proporción de cesáreas que conllevan mayor riesgo.
- A esto se suma el estado psicológico y emocional derivado de la situación de abuso sexual durante años, la inmadurez psicosocial para enfrentar la maternidad y el riesgo de aborto inseguro.
- La niña se encuentra en una situación de gravedad y urgencia, toda vez que su vida, salud e integridad personal están amenazadas y en riesgo.

FUNDAMENTOS LEGALES Y ÉTICOS

- Existe un peligro específico e individualizable. Se trata de una niña de 12 años de edad, embarazada como resultado de una violación.



- Existencia de un peligro cierto: los embarazos en menores de 15 años tienen una mayor tasa de mortalidad materna y los embarazos producto de violación se encuentran relacionados con mayores probabilidades de suicidio y enfermedades mentales graves en general. Los riesgos para la salud mental en niños y niñas víctimas de abuso sexual son severos y tienen efectos relevantes en el desarrollo de la personalidad.
- El riesgo de daño recae sobre un bien valioso y no sustituible: de continuar con el embarazo, el riesgo de muerte para la niña por causas directamente relacionadas con el embarazo aumenta. Asimismo, en los casos en donde el riesgo de muerte puede ser disminuido, los riesgos a la calidad y dignidad de la vida no disminuyen. Las secuelas físicas de un embarazo y una cesárea en una niña de 12 años podrían ser de carácter permanente y comprometer su capacidad reproductiva, mientras que las consecuencias para la salud mental son de carácter permanente en casos de violación. Por otra parte, las consecuencias sociales son también graves y van desde deserción escolar y el analfabetismo hasta la precarización laboral. Lo más frecuente es que las niñas madres solteras producto de violación se encuentren ubicadas en las posiciones

de mayor marginalidad social, con casi nulas posibilidades de movilidad social, lo que representan una afectación clara a su derecho a la vida en condiciones de dignidad y calidad.

- El riesgo es excepcional: la violación es un delito penal que se agrava cuando se comete contra menores de edad. La continuación de un embarazo producto de este delito es una carga no proporcional impuesta sobre la víctima. No constituye una carga general que deba ser soportada legalmente. Por consiguiente, la vía de tratamiento para evitar el riesgo de daño es la ILE.

La legalidad de la ILE se ampara en toda la legislación nacional e internacional de protección del derecho a la vida, el derecho a la salud y los derechos del (la) paciente.

REFERENCIAS

GÓMEZ, Pio Iván; MOLINA, Ramiro; y ZAMBERLIN, Nina. *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*, Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, 2011.

MEISELMAN, Karin. Incest: A Psychological Study of Causes and Effects with Treatment Recommendations, *The Jossey-Bass Social and Behavioral Science Series*, 1978.

Planned Parenthood Global. *Vidas Robadas: Un estudio multi-país sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años*, 2016.

CASO 6: ZIKA Y EMBARAZO

MUJER DE 19 AÑOS CON UN EMBARAZO DE 14 SEMANAS, QUIEN PRESENTÓ SÍNTOMAS DE ZIKA HACE 2 SEMANAS.

ANTECEDENTES

Madre hipertensa, padre murió de cáncer de próstata. Como antecedente personal tiene un hijo de 2 años, soltera, sin trabajo estable. En ocasiones se encuentra con el papá del hijo y es de él de quien está embarazada. Fecha de última menstruación hace 3 meses, cursando con gestación de 14 semanas. Vive en Campiña Grande, Brasil, con su madre, que sufre hipertensión y diabetes. Hace 2 semanas se sintió indispuesta, con dolor articular y aparición de *rash* cutáneo generalizado. Fue al servicio de salud local, donde le hicieron pruebas diagnósticas y se detectó el virus en sangre.

De inmediato, se le explica el protocolo a seguir con los controles periódicos para ver con exactitud si el feto sufre malformaciones del sistema nervioso central y, en concreto, microcefalia. La paciente manifiesta que se siente muy angustiada, dice haber estado buscando alternativas para interrumpir su embarazo pues no desea continuarlo y manifiesta que no seguirá en controles para ver si aparece o no microcefalia. Expresa que ya está cuidando a su hijo pequeño y a su mamá enferma, además de que no se encuentra en condiciones emocionales ni económicas para cuidar a un nuevo hijo que nazca con problemas neurológicos por zika.

EXAMEN FÍSICO

Al examen físico se encuentra una mujer angustiada, llorosa. Presión arterial de 110/60 mmHg y frecuencia cardíaca de 98 por minuto. Se confirma gestación de 14 semanas.

DIAGNÓSTICO

Embarazo de 14 semanas, infección por virus del Zika.

CONDUCTA

Se explican los lineamientos para seguimiento de pacientes con Zika y embarazo, así como el riesgo de practicarse un aborto inseguro. La mujer decide interrumpir su gestación y ante la posibilidad ya manifestada por ella de un aborto inseguro, el servicio de salud, acogiéndose al riesgo que eso implica para su vida, realiza la ILE.

RIESGO

El riesgo del síndrome congénito por Zika es alto. A esto se suma el estado psicológico y emocional de la mujer. La angustia e incertidumbre que surge a partir de no saber qué pasará con el feto podría generar un trauma emocional para la mujer, incluso un riesgo directo para su vida por su determinación expresa de realizarse un aborto bajo cualquier condición. Además, ha expresado que no está en condiciones emocionales ni socioeconómicas para cuidar un hijo con microcefalia.

FUNDAMENTOS LEGALES Y ÉTICOS

- Existe un peligro específico e individualizable: Se trata de una mujer de 19 años, de escasos medios económicos, embarazada y con infección por virus de Zika.
- Existe de un peligro cierto: un embarazo cuando la mujer tiene diagnóstico de infección por Zika puede llevar a la mujer a someterse a un aborto clandestino con el consecuente riesgo, o incluso conducirla al suicidio.
- El riesgo de daño recae sobre un bien valioso y no sustituible: de continuar con el embarazo, el riesgo de suicidio aumenta, así como el riesgo de un procedimiento clandestino. Además, un embarazo no deseado como éste potencia en la mujer sus niveles de angustia e incertidumbre, disminuyendo enormemente las posibilidades de tratamiento y recuperación de su salud física y mental, lo cual implica una pérdida sustancial de calidad y dignidad de la vida.
- El riesgo es excepcional: un embarazo no deseado con infección por virus de Zika presenta un riesgo para la vida de la mujer de carácter excepcional. El someterse a un aborto clandestino y la posibilidad de que se den intervenciones dirigidas a inmovilizar, sedar o privar



de libertad a mujeres o niñas embarazadas con riesgo suicida, como en este caso, hasta llevar a término el embarazo, afectan la calidad de la vida en sus tres componentes y la dignidad de la vida en sus tres dimensiones, con muy escasas probabilidades de éxito terapéutico para la paciente. Todo ello, por tanto, no representa un riesgo del tipo que puede ser asumido por cualquier persona que recibe tratamiento médico. Por lo tanto, la vía de tratamiento para evitar el riesgo de daño es la interrupción legal del embarazo.

La legalidad de la ILE se ampara en toda la legislación nacional e internacional de protección del derecho a la vida, el derecho a la salud y los derechos del (la) paciente.

REFERENCIAS

American Congress of Obstetricians and Gynecologists. *Practice Advisory on Zika Virus*, ACOG, 2016.

CASO 7: FETICIDIO SELECTIVO

MUJER DE 36 AÑOS CON EMBARAZO CUADRUPLE DE 11 SEMANAS CON COMPLICACIONES SEVERAS.

ANTECEDENTES

Paciente, 36 años, con antecedentes de esterilidad primaria y deseo concepcional.

Recurre a procedimiento de baja complejidad, fertilización asistida por medio de inseminación artificial para lograr el embarazo luego de proceso de estimulación ovárica. Se realiza ecografía a las 6 semanas de embarazo y se diagnostica embarazo cuádruple, uno monocorial, monoamniótico y los otros dos bicoriales biamnióticos.

A las 9 semanas ingresa por hiperémesis gravídica con vómitos incoercibles y disminución de peso. Se realiza tratamiento médico con buena evolución. Sin embargo, presenta nueva internación a las 11 semanas con mayor repercusión general y menor respuesta al tratamiento, con deshidratación y alteraciones hidro-electrolíticas en la paraclínica. La paciente comienza con trastornos de la conciencia y continúa con vómitos incoercibles. Presenta arritmia cardiaca.

DIAGNÓSTICO

Embarazo cuádruple de 11 semanas con complicaciones serias (hiperémesis gravídica).

CONDUCTA

La paciente desea continuar con el embarazo y se le informa la posibilidad de realizar feticidio selectivo con el fin de disminuir el impacto de la hiperémesis gravídica.

La paciente accede basada en el riesgo de vida que presenta y, dado el pronóstico fetal adverso, se resuelve el feticidio selectivo de los embriones monocoriales monoamnióticos.

El procedimental se realiza sin incidentes luego de realizar la traslucencia nucal de los 4 embriones que informa bajo riesgo de malformaciones congénitas en los 4 embriones.

La hiperémesis gravídica cede y el embarazo evoluciona favorablemente con controles clínicos y para clínicos normales.

A las 37 semanas la paciente presenta una rotura prematura de membranas e ingresa con el primer feto en podálica, por lo cual se realiza una cesárea de urgencia obteniendo 2 recién nacidos de término normales.

Alta médica sin incidentes.

FUNDAMENTOS LEGALES Y ÉTICOS

- Existe un peligro específico e individualizable: Se trata de una mujer de 36 años con antecedentes de esterilidad primaria y con un embarazo cuádruple.
- Existencia de un peligro cierto: un embarazo cuádruple puede ser una causa de muerte por la posibilidad de complicaciones biológicas relacionadas con los estímulos que producen los 4 embriones en la mujer y que la pueden llevar a una descompensación que le produzca la muerte.
- El riesgo de daño recae sobre un bien valioso y no sustituible: de continuar con el embarazo, el riesgo para la mujer es ver mermadas las posibilidades de supervivencia a un embarazo cuádruple y con ello, ver además disminuidas las probabilidades del nacimiento de los embriones. Así, la disminución de estas probabilidades coloca a la mujer en peligro de muerte por un embarazo cuádruple que puede ser evitado a través de la selección embrionaria de dos embriones. Pero, además, afectan de forma grave a la dignidad de la vida en sus tres dimensiones, así como a la calidad de vida de la mujer en sus tres componentes. Sobre todo, puede verse comprometida la salud psicológica, toda vez que al haber sido un embarazo deseado y verse en la coyuntura de riesgo real de vida, sus expectativas sobre su proyecto de vida y maternidad se ven mermadas.
- El riesgo es excepcional: Un embarazo cuádruple presenta un riesgo para la vida de la mujer de carácter excepcional. Es decir, no representa un riesgo del tipo que debe y puede ser asumido por cualquier persona que recibe tratamiento médico. Por lo tanto,



la vía de tratamiento para evitar el riesgo de daño es la interrupción legal del embarazo.

La legalidad de la ILE se ampara en toda la legislación nacional e internacional de protección del derecho a la vida, el derecho a la salud y los derechos del (la) paciente.

REFERENCIAS

CORTÉS, Hernán Arturo. *Aspectos claves: obstetricia*, Capítulo 9: Embarazo gemelar. Fondo editorial CIB, 1ª edición, 2013, págs. 101-110.

DUNCAN, K.R.; DENBOW, M.L.; y FISK, N.M. The Aetiology and Management of Twin-Twin Transfusion Syndrome, *Prenatal Diagnosis*, 1997, págs. 1.227-1.236.

Hospital Universitario de Barcelona. *Transfusión feto fetal*. Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/cirugia-fetal/enfermedades-fetales/transfusion-fetofetal_es.html.

7 / NOTAS Y REFERENCIAS

[1] En la región, sólo Ciudad de México, Cuba, la República Cooperativa de Guyana, Guyana Francesa, Puerto Rico y Uruguay adoptan un régimen penal que admite el aborto temprano a petición, es decir, adoptan lo que suele denominarse un modelo de plazos o derogación. Bajo este tipo de regímenes, normalmente se acepta la interrupción del embarazo en virtud de causales en etapas más avanzadas de la gestación. Véase, por ejemplo: México DF, artículo 148. Código Penal.

[2] Para mayor detalle acerca de la situación legal del aborto en cada país, véase: www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/2014AbortionMapES.pdf.

[3] BERGALLO, Paola. *Aborto y justicia reproductiva*, Ciudad Autónoma de Buenos Aíres: Del Puerto, 2011.

[4] *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos clave para el programa de acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12-15 de agosto de 2013. Párrafo 42.

[5] De acuerdo con las previsiones de los códigos penales vigentes en la región, el estado de necesidad puede definirse como la causal que exime de penalización a quien ocasiona un mal para evitar otro mal mayor inminente. Véase, por ejemplo: Argentina, artículo 34.

Código Penal; Colombia, artículo 32. Código Penal; Guatemala, artículo 23. Código Penal; Paraguay, artículo 20. Código Penal.

[6] Brasil, Guatemala, Panamá, Paraguay, Venezuela y varios estados mexicanos. En esos casos, la conceptualización de la causal vida es particularmente importante, si bien, en virtud de la interconexión entre el derecho a la vida y el derecho a la salud y la aplicación de los principios de interpretación penal, puede entenderse que la causal salud también es de aplicación a estos territorios.

[7] Chile, Nicaragua, El Salvador, República Dominicana, Honduras.

[8] Organización Mundial de la Salud. *Mortalidad Materna.* Nota descriptiva. 2016. Disponible en: http://www.who.int/es/news-room/-fact-sheets/detail/maternal-mortality.

[9] BRIOZZO, Leonel; y FAUNDES, A. The Medical Profession and the Defense and Promotion of Sexual and Reproductive Rights. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 2008, 100 (3), págs. 291-294. ePUB 2007. PMID: 18028930. Disponible en: www.who.int-/mediacentre/factsheets/fs348/es/.

[10] La Organización Mundial de la Salud define la muerte materna o mortalidad materna como la "muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales". Disponible en: www.who.int/healthinfo/-statistics/indmaternalmortality/en/.

[11] *Op. cit.* Nota 8. Pág. 3.

[12] El concepto de morbilidad materna severa (en inglés, "*near miss*") define aquellas complicaciones graves que atraviesan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y que las podrían haber llevado a la muerte. El concepto de "casi muerte materna" comprende aquellas situaciones en las que, de no haber actuado de manera oportuna y efectiva, el evento hubiera resultado en la muerte de la mujer.

[13] TABASSUM, Firoz. Measuring Maternal Health: Focus on Maternal Morbidity, *Bulletin of the World Health Organization*, 2013, 91 (10), págs. 794-796. Disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/91/-10/13-117564/en/.

[14] ASHFORD, L. *Hidden Suffering: Disabilities from Pregnancy and Childbirth in Less Developed Countries*, Population Reference Bureau, 2002. Disponible en: www.prb.org/pdf/hiddensufferingeng.-pdf. Véase también: REICHENHEIM, M.E.; ZYLERSZTAIN, F.; MORAES, C.L.; y LOBATO, G. Severe Acute Obstetric Morbidity (near-miss): a Review of the Relative Use of its Diagnostic Indicators, *Archives of Gynecololy Obstetrics*, 2009, 280, págs. 337-343. Disponible en: dx.doi.org/10.1007/s00404-008-0891-1; PACAGNELLA, R.C.; CECATTI, J.G.; CAMARGO, R.P.; SILVEIRA, C.; ZANARDI, D.T.; y SOUZA, J.P. Rationale for a Long-term Evaluation of the Consequences of Potentially Life-threatening Maternal Conditions and Maternal "near-miss" Incidents Using a Multidimensional Approach, *Journal of Obstetrics and Gyneacololy Canada*, 2010, págs. 730-738. PMID: 21050503; STORENG, K.T.; MURRAY, S.F.; AKOUM, M.S.; OUATTARA, F.; y FILIPPI, V. Beyond Body Counts: a Qualitative Study of Lives and Loss in Burkina Faso after "Near-miss" Obstetric Complications, *Social Science & Medicine*, 2010, 71, págs. 1.749-1.756. Disponible en: dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.056.

[15] World Health Organization, United Nations International Children's Emergency Fund,, World Bank Group, and United Nations Population Division, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015*, (estimates), 2015.

[16] BRIOZZO, Leonel; COPPOLA, Francisco; GESELE, Juan Pablo; y TOMASSO, Giselle. Restricción de crecimiento fetal, epigenética y transmisión transgeneracional de las enfermedades crónicas y la pobreza, *Horizonte Médico*, 2013, 13 (4), págs. 45-53.

[17] RAHMAN, A.; SURKAN, P.J.; CAYETANO, C.E.; RWAGATARE, P.; y DICKSON, K.E.; Grand Challenges: Integrating Maternal Mental Health into Maternal and Child Health Programmes, *PLoS Med*, 2013, 10 (5).

[18] STORMEMAIL, Frederikke; AGAMPODI, Suneth; EDDLESTON, Michael; BRANDT SORENSEN, Jane Brandt; KONRADSEN, Flemming; y RHEINLÄNDER, Thilde. Indirect Causes of Maternal Death, *The Lancet Global Health*, 2014, 2 (10). Disponible en: www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70297-/fulltext?rss=yes.

[19] Guttmacher Institute. *Induced Abortion Worldwide*, 2016 [Fact Sheet]. Disponible en: www.guttmacher.org/fact-sheet/facts-induced-abortion-worldwide.

[20] RAYMOND, Elizabeth G.; y GRIMES, David A. The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States, *Obstetrics & Gynecology*, 2012, 119 (2), págs. 215-219. El aborto legal es notablemente más seguro que un embarazo a término. El riesgo de muerte de un parto es aproximadamente 14 veces mayor que el de un aborto. De igual modo, la morbilidad asociada al parto excede a la del aborto.

[21] *Op. cit.* Nota 19. Pág. 6.

[22] Guttmacher Institute. *Abortion in Latin America and the Caribbean*, 2016 [Fact Sheet]. Disponible en: www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aww-latin-america.pdf.

[23] Planned Parenthood Global. *Vidas robadas: Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años*, 2016. Véase, también: GÓMEZ, Pío Iván; MOLINA, Ramiro; ZAMBERLIN, Nina; y TÁVARA, L. *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe*, Lima: FLASOG, 2011. Disponible en: http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2014/01/Factores-Relacionados-Maternidad-Menores-15-anos-LAC-FLASOG-2011.pdf.

[24] UNFPA. *The State of World Population: Motherhood in Childhood: Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy*, New York: UNFPA, 2013.

[25] Estas tasas fueron altamente variables debido al pequeño número de observaciones, pero los autores destacaron que, en comparación con la mortalidad materna en América Latina, no había una aparente disminución entre las niñas más jóvenes.

[26] *Op. cit.* Nota 23. GÓMEZ, Pío Iván, *et al.*, 2011. Pág. 7.

[27] CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J.M.; y LAMMERS, C. Maternal-perinatal Morbidity and Mortality Associated with Adolescent Pregnancy in Latin America: Cross Sectional Study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 192 (2), págs. 342-349.

[28] BECK, A.T.; STEER, R.A.; y BROWN, G.K. *Beck Depression Inventory: Manual*, San Antonio, Texas: Psychological, 1996.

[29] Planned Parenthood Global. *Vidas Robadas: Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años*. 2016.

[30] United Nations. Committee on the Rights of the Child. *General Comment N° 4: Adolescent Health and Development*. Doc. CRC/GC/2003/4, 27 de Julio de 2003.

[31] UNFPA. *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*, New York: UNFPA, 2015. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf. Véase, también: *op. cit.* Nota 24. Pág. 8.

[32] En lo que respecta a las niñas y adolescentes, cabe señalar que de manera consistente se ha venido aplicando el concepto de capacidades evolutivas para justificar la posibilidad de que adopten decisiones autónomas en todos los ámbitos en que desarrollan su vida, incluido el de la salud sexual y reproductiva. Este concepto surge de los artículos 5° y 14° de la Convención de los Derechos del Niño. Con relación a las mujeres con discapacidad, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece en su artículo 3° que debe respetarse su autonomía y la dignidad, lo cual incluye la libertad de tomar sus propias decisiones. El artículo 23 la Convención se refiere a la autonomía de las personas con discapacidad para adoptar decisiones libres y responsables sobre el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y al derecho a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y a que se les ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos. La Convención establece asimismo en su artículo 12.4 las reglas para la manifestación del consentimiento de las personas con discapacidad, estableciendo un sistema de salvaguardas para impedir los abusos y las influencias indebidas sobre la persona. Para un análisis pormenorizado, véase: GONZÁLEZ VÉLEZ, Ana Cristina. Causal Salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos, *Reproductive Health Matters*, 2008, 17 (33), pág. 184.

[33] *Ibid.* GONZÁLEZ VÉLEZ. Pág. 39.

[34] Cabe recalcar que, de conformidad con la doctrina jurídica y la jurisprudencia, los conceptos de riesgo y peligro, por su naturaleza y caracterización, jurídicamente, son equiparables.

[35] *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud* que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Official Records of the World Health Organization, N° 2, pág. 100. La definición no ha sido modificada desde 1948. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

[36] GREEN, Alan; y AUSTIN, Christopher. Psychopathology of Pancreatic Cancer: A Psychobiologic Probe, *Psychosomatics*, 1993, 34 (3).

[37] McCOOK, Judy; BAILEY, Beth; WILLIAMS, Stacey; ANAND, Sheeba; y REAME, Nancy. Differential Contributions of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). Manifestations to Psychological Symptom, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2014, 42 (3).

[38] *Op. cit.* Nota 26. Pág. 8. Véase, también: CONDE-AGUDELO, A., BELIZÁN, J.M.; y LAMMERS, C. Maternal-perinatal Morbidity and Mortality Associated with Adolescent Pregnancy in Latin America: Cross Sectional Study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 192 (2), págs. 342-349; DONOSO, Enrique; CARVAJAL, Jorge; VERA, Claudio; y POBLETE, José. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, *Revista Médica de Chile*, 2014, 142 (2), págs. 168-174.

[39] Sin ser exhaustivos, algunas de las situaciones más características de este grupo son las siguientes: insuficiencia renal crónica avanzada y necesidad de diálisis; lupus eritematoso con daño renal severo; hipertensión arterial crónica y evidencia de daño secundario en algún órgano blanco; insuficiencia cardíaca congestiva, clase funcional III-IV, por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares), hipertensión arterial y cardiopatía isquémica; insuficiencia hepática crónica causada por hepatitis B, hepatitis C, trombosis del sistema porto esplénico con várices esofágicas; insufi-

ciencia respiratoria demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno menor de 50 mm/Hg y saturación de oxígeno en sangre menor de 85%; cáncer del aparato genital; diabetes mellitus avanzada; otros cánceres ginecológicos; neoplasias malignas del sistema nervioso central; trastorno bipolar tipo 1 y trastornos de la alimentación.

[40] The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (11).

[41] Epigenético: se refiere a los cambios heredables en el ADN e histonas que no implican alteraciones en la secuencia de nucleótidos y modifican la estructura y condensación de la cromatina, por lo que afectan la expresión génica y el fenotipo. ROBLES, R. Epigenética: definición, bases moleculares e implicaciones en la salud y en la evolución humana, *Revista Ciencias de la Salud*, 10 (1), 2012. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_-sp.pdf.

[42] FRIEDLI, Lynne. *Mental Health, Resilience and Inequalities*, Denmark: World Health Organization, 2009.

[43] MERCIER, R.J. Pregnancy Intention and Postpartum Depression: Secondary Data Analysis from a Prospective Cohort, 2013, *BJOG*, 120 (9), págs. 1.116-1.122.

[44] OATES, M. Suicide. The Leading Cause of Maternal Death, *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183, págs. 279-281.

[45] RONSMANS, Carine; PRABHA, S. Chandra; SIKANDER, Siham; DE SILVA, Mary; y PATEL, Vijram. The Contribution of Suicide and Injuries to Pregnancy-related Mortality in Low and Middle-income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis, *Lancet Psychiatry*, 2014, 1 (3), págs. 213-225.

[46] World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. *Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature*, Geneva: WHO, 2009.

[47] HEALEY, C.; MORRISS, R.; HENSHAW, C.; WADOO, O.; SAJJAD, A.; y SCHOLEFIELD, H. Self-harm in Postpartum Depression and Referrals to a Perinatal Mental Health Team: An Audit Study, *Archives of Women's Mental Health*, 2013, 16 (3), págs. 237-245.

[48] PALLADINO, C.L.; SINGH, V.; CAMPBELL, J.; FLYNN, H.; y GOLD, K.J. Homicide and Suicide During the Perinatal Period: Findings from the National Violent Death Reporting System, *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 118 (5), págs. 1.056-1.063. Véase, también: MURRAY, D.; COX, J.L.; CHAPMAN, G.; y JONES, P. Childbirth: Life Event or Start of a Long-term Difficulty? Further Data from the Stoke-on-trent Controlled Study of Postnatal Depression, *The British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, págs. 95-600; y SAMANDARI, G.; MARTIN, S.L.; KUPPER, L.L.; SCHIRO, S.; NORWOOD, T.; y AVERY, M. Are Pregnant and Postpartum Women at Increased Risk for Violent Death? Suicide and Homicide Findings from North Carolina, *Maternal and Child Health Journal*, 2011, 15 (5), págs. 660-669.

[49] GOLD, Katherine; SINGH, Vijay; MARCUS, Sheila; y LANCASTER, Christie. Mental Health, Substance Use, and Intimate Partner Problems Among Pregnant and Postpartum Suicide Victims in the National Violent Death Reporting System, *General Hospital Psychiatry*, 2012, 34 (2), págs. 139-145.

[50] FÜHR, Daniela. Contribution of Suicide and Injuries to Pregnancy-related Mortality in Low-income and Middle-income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis, *The Lancet Psychiatry*, 2014, 1 (3), págs. 213-225.

[51] RONSMANS, C.; y KHLAT, M. Adolescence and Risk of Violent Death During Pregnancy in Matlab, Bangladesh, *The Lancet*, 1999, 354 (9188), pág. 1448.

[52] *Op. cit*. Nota 32. Pág. 129.

[53] Organización Mundial de la Salud. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual*, Washington DC: OPS, 2003, pág. 7.

[54] Organización Mundial de la Salud. *Reducir las inequidades sociales actuando sobre los determinantes*, 62ª Asamblea Mundial de la Salud punto 12.5 del orden del día, Washington D.C., 2005.

[55] Asociación Médica Mundial, *Declaración de Oslo de la AMM sobre los determinantes sociales de la salud*, 2011. Disponible en: www.wma.net/es/30publications/10policies/s2/.

[56] Para más información, véase: Organización Mundial de la Salud. *Determinantes sociales de la salud*. Disponible en: www.who.int/-social_determinants/es/.

[57] SANTIBÁÑEZ, T.; y RIVERA, L.M. *Uso de plaguicidas en la zona productora de flores y sus efectos en la incidencia del aborto espontáneo*, La Paz: Universidad Nuestra Señora de La Paz y Fundación Nuestra Señora de La Paz, 2000. En algunos estudios realizados en Colombia se muestra una conexión entre malformaciones congénitas y abortos de mujeres floricultoras a causa de los efectos de los plaguicidas utilizados en las cosechas. Estos estudios concuerdan con la información de la OMS y las Naciones Unidas, donde se señalan claramente los efectos teratogénicos y mutagénicos de determinados plaguicidas. Según dichas organizaciones, los plaguicidas como el captan, folpet, maneb, paraquat zineb, benomil, carbaril son considerados teratogénicos y tienen el efecto de alterar o destruir el material celular, bloqueando parcial o totalmente procesos enzimáticos que afectan directamente al feto, es decir, que son embriotóxicos y que generarían abortos espontáneos y en no pocos casos malformaciones congénitas. "Cuando el plaguicida genera cambios en el material genético del núcleo celular de manera que puedan ser trasmitidos en la división celular, puede dar origen a cáncer si el daño es a nivel de las células somáticas o a malformaciones congénitas si el daño es a nivel de las células gaméticas [...]. Los efectos mutagénicos se manifiestan en futuras generaciones y el daño es irreversible". Véase, también: CIFUENTES, Macarena. La cruda explotación que sufren las mujeres floristas de Colombia: la realidad de las floricultoras de Colombia está muy lejos de ser un tema decorativo, *Nueva Mujer*, 23 de febrero de 2016. Disponible en: https://www.nuevamujer.com/bienestar/2016/02/23/la-cruda-explotacion-que-sufren-las-mujeres-floristas-de-colombia.htm; MARTÍNEZ, Héctor; MASTACHI, Carlos; ROMERO, Alejandro; y HERNÁNDEZ, Rosa. *Estudio de la carga de la enfermedad atribuible al uso de plaguicidas*, México: UAEM-2013-B, 2015, pág. 2; y CASTAÑEDA, Diana. *Mujeres, floricultura y multinacionales en Colombia*, Bogotá: Corporación Cactus, 2006.

[58] Existen incluso legislaciones que prevén, dada la gravedad social de este tema, atenuantes a la pena en casos de interrupciones de embarazo punibles. Véase, por ejemplo: Bolivia. Ley N° 1768 de modificaciones al Código Penal, artículo 263. Código Penal; y Costa Rica. Ley N° 4573 y sus Reformas del 4 de marzo de 1970, artículo 120. Código Penal.

[59] SEN, Gita; GEORGE, Asha; y ÖSTLIN, Piroska. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*, OPS and Harvard Center for Population and Development Studies, 2005.

[60] Comité de Derechos Humanos. *Caso K.L. vs. Perú*. Comunicación núm. 1153/2003 de 24 de octubre de 2005.

[61] PALOMBA, Rosella. *Calidad de vida: conceptos y medidas*, Institute of Population Research and Social Policies, Taller de la Comisión Económica para America Latina y el Caribe, 2002. Disponible

en: www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_-ppt.pdf.

[62] Algunos tribunales han construido el concepto de "urgencia vital", que se refiere a los daños que no ocasionan la muerte, pero sí afectan la calidad de vida de forma sustancial. En este sentido, los jueces interpretan que la urgencia vital ocurre cuando se da una afección previsible de la vida, sin necesidad de llegar a su pérdida: "la situación del enfermo puede ser calificada como de urgencia vital cuando esté en riesgo cierto e inminente la propia vida del paciente, pero también cuando pueda representar la probabilidad cierta de que un retraso en recibir la asistencia puede producir daños graves para la salud en forma de secuelas o la prolongación en el tiempo de sufrimientos intolerables". Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León. Sentencia AS 2007/2468 de 2007, F. J., 4° Sala de lo Social, Sección 1ª. Véase, también: Tribunal Superior de Justicia de Cáceres. Sentencia N° STSJ EXT 152/2017 de 14 de febrero de 2017.

[63] Comité de Derechos Humanos. Borrador de la nueva Observación General sobre el contenido del artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos sobre el derecho a la vida, preparado por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, 2015, pág. 2.

[64] *Ibid*.

[65] Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Brasil. Doc. ONU CCPR/C/79/Add. 66, 24 de julio de 1996. Párrafo 25. Véase, también: Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Colombia. Doc. ONU CCPR/C/79/Add. 76, 5 de mayo de 1997. Párrafo 35.

[66] Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C N°. 63. Párrafo. 144.

[67] Corte de Apelaciones de Valdivia. Rol N° 103-2009 de 14 de mayo de 2009. Véase, también: Corte de Apelaciones de Temuco. Rol N° 724-2013 de 27 marzo de 2013; y Corte Constitucional de Colombia. Sentencias N° T-881 y N° T- de 2004.

[68] Corte Constitucional de Colombia. Sentencias N° T-725 y N° T-579 de 2007.

[69] Corte Constitucional de Colombia Sentencia N° C-355/06 de 2006.

[70] *Op. cit*. Nota 66. Voto concurrente de A.A. Cancado y A. Abreu Bureli. Párrafo 8. Pág. 29.

[71] Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Serie C. Núm. 42. "Por lo que se trata de un concepto que se asocia a la realización personal; ésta, a su vez, se sostiene en las opciones que el sujeto tiene para conducir su vida y alcanzar su destino".

[72] SALVATIERRA, L.; ARACENA, M.; RAMÍREZ, P.; REYES, L.; YOVANE, C.; OROZCO, A.; y otros. (2005). Autoconcepto y proyecto de vida. Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago. Participantes de un programa de educación para la salud, *Revista de Psicología*, 2005, 14 (1), págs. 141-152.

[73] Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares. Fondo. Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012. Serie C. Núm. 257. Párrafo 222.

[74] *Op. cit*. Nota 69. Pág. 29. Véase, también: Suprema Corte de Justicia de la Nación de México. Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007, págs. 154-155.

[75] Comité de Derechos Humanos. Borrador de la Observación General N° 36, artículo 6: Derecho a la vida, 19 de octubre al 6 de noviembre de 2015. Párrafo 16. Véase, también: Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Artavia Murillo* (*Op. cit*. Nota 73. Párrafos 258-259. Pág. 29) donde se afirmó que la protección del derecho a la vida desde la concepción no puede justificar la negación total de otros derechos, y que las restricciones desproporcionadas de otros derechos bajo una defensa de la protección absoluta del derecho a la vida, es contrario a la tutela de los derechos humanos. En la misma línea, la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México en su Acción de Inconstitucionalidad (*Op. cit.* Nota 74. Suprema Corte de Justicia de la Nación de México. Págs. 154-155) afirmó de manera contundente que se acepta "como verdadero que si no se está vivo no se puede ejercer ningún derecho, pero de ahí no podríamos deducir que el derecho a la vida goce de preeminencia frente a cualquier otro derecho [...]. Es evidente que si no existe un individuo vivo, no hay posibilidad de que se ejerzan los derechos establecidos constitucionalmente, pero de ahí no se sigue que la vida sea condición de existencia de los demás derechos, menos la necesidad de otorgarle una posición lógicamente preeminente frente a los demás. Aceptar un argumento semejante destruiría la naturaleza relacional de los derechos fundamentales, así como su fundamento democrático. Los derechos fundamentales se establecen para limitar el ejercicio de los derechos de la mayoría sobre la minoría, pero no para la expresión de un último valor fundamental del Estado el cual devenga intangible jurídicamente".

[76] *Op. cit*. Nota 73. Párrafo 264. Pág. 29.

[77] *Ibid*.

[78] Corte Interamericana de Derechos Humanos. Solicitud de Medidas Provisionales respecto de México en *Asunto Castro Rodríguez*, considerando noveno, 2013, pág. 11.

[79] *Op. cit*. Nota 66. Pág. 28. Voto concurrente de A.A. Cançado y A. Abreu Bureli. Párrafo 2.

[80] *Ibid*.

[81] Corte Constitucional de Colombia. Sentencia N° T-087 de 2013.

[82] Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León. Sentencia AS 2007/2468 de 2007, F. J., 4° Sala de lo Social, Sección 1ª.

8 / BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

DOCTRINA

ALENTÀ, Pardell. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy?, *Educación Médica*, 2003, 6 (2), págs. 7-24.

Asociación Médica Mundial. *Declaración de Oslo de la AMM sobre los determinantes sociales de la salud*, 2011.

BRIOZZO, Leonel. La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria, *Revista Médica de Uruguay*, 2007, 23, págs. 139-141.

Bolivia. Ley N° 1768 de modificaciones al Código Penal, artículo 263. Código Penal.

BRIOZZO, Leonel; y FÁUNDES, A. The Medical Profession and the Defense and Promotion of Sexual and Repro-

ductive Rights. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 2008, 100 (3), págs. 291-294. ePUB: 2007. PMID: 18028930.

CASTAÑEDA, Diana. *Mujeres, floricultura y multinacionales en Colombia*, Corporación Cactus, 2006.

CHARNEY, D.S. Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress, *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161 (2), págs. 195-216.

CIFUENTES, Macarena. La realidad de las floricultoras de Colombia está muy lejos de ser un tema decorativo, *Nueva Mujer*, 23 de febrero de 2016.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos clave para el programa de acción de El Cairo después de 2014, Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013. Párrafo 42.

Constitución de la República de Portugal, 2 de abril de 1976.

CÓPPOLA, Francisco. Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay, *Revista Médica de Uruguay*, 2013, 29 (1), págs. 43-46.

Costa Rica. Ley N° 4573 y sus Reformas del 4 de marzo de 1970, artículo 120. Código Penal.

DICKENS, Bernard. Conscientious Commitment, *The Lancet*, 2008, 371 (9.620), págs. 1.240-1.241.

DONOSO, Enrique; CARVAJAL, Jorge; VERA, Claudio; y POBLETE, José. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, *Revista Médica de Chile*, 2014, 142 (2), págs. 168-174.

España. Ley Orgánica 9/1985. *Boletín Oficial del Estado*, julio de 1985, BOE-A-1985-14138.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Taller sobre objeción de conciencia: relato final del Dr. Luis Távara Orozco en el II Congreso Internacional Jurídico sobre Derechos Reproductivos, San José, Costa Rica, 2011, págs. 29-30.

FERNÁNDEZ JOVELL, A.J. El futuro de la profesión médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI, documento de trabajo N° 7, 2001.

ESCOBAR ROCA, Guillermo. *La objeción de conciencia en la Constitución española*, Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993.

FÜHR, Daniela. Contribution of Suicide and Injuries to Pregnancy-related Mortality in Low-income and Middle-income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis, *The Lancet Psychiatry*, 2014, 1 (3), págs. 213-225.

GOLD, Katherine J.; SINGH, Vijay; MARCUS, Sheila; y LANCASTER, Christie. Mental Health, Substance Use, and Intimate Partner Problems Among Pregnant and Post-partum Suicide Victims in the National Violent Death Reporting System, *General Hospital Psychiatry*, 2012, 34 (2), págs. 139-145.

GÓMEZ, Pío Iván; MOLINA, Ramiro; ZAMBERLIN, Nina; y TÁVARA, L. *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe*. Lima: FLASOG, 2011.

GONZÁLEZ, D.; RODRÍGUEZ, H.; y BERRO, G. Consentimiento informado: análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico, *Revista Médica de Uruguay*, 2005, 21 (4), págs. 291-297.

GREEN, Alan; y AUSTIN, Christopher. Psychopathology of Pancreatic Cancer: A Psychobiologic Probe, *Psychosomatics*, 1993, 34 (3), págs. 208-221.

HEALEY, C.; MORRISS, R.; HENSHAW, C.; WADOO, O.; SAJAD, A.; y SCHOLEFIELD, H. Self-harm in Postpartum Depression and Referrals to a Perinatal Mental Health Team: An Audit Study, *Archives of Women's Mental Health*, 2013, 16 (3), págs. 237-245.

JEJEEBHOY, S.J. *Empower Women, Ensure Choices: Key to Enhancing Reproductive Health*, presentation at the Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka, 18-23 de octubre, 1997.

KALAMANGLA, A.S.; SINGER, B.H.; McEWEN, B.S.; ROWE, J.W.; y SEEMAN, T.E. Allostatic Load as a Predictor of Functional Decline: MacArthur Studies of Successful Aging, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2002, 55 (7), págs. 696-710.

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. *Causal Salud: interrupcion legal del embarazo, etica y derechos humanos*, 2008.

Los fines de la medicina, investigación del Hastings Center para los Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, 11, 2004.

MARTÍNEZ, Héctor; MASTACHI, Carlos; ROMERO, Alejandro; y HERNÁNDEZ, Rosa. *Estudio de la carga de la enfermedad atribuible al uso de plaguicidas*, México: UAEM-2013-B, 2015, pág. 2.

McCOOK, Judy; BAILEY, Beth; WILLIAMS, Stacey; ANAND, Sheeba; y REAME, Nancy. Differential Contributions of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) Manifestations to Psychological Symptom, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2014, 42 (3).

MEJÍA, M.L.; y ORTIZ, R. Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente: Jalisco, México. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2013, 78 (6).

MERCIER, R.J. Pregnancy Intention and Postpartum Depression: Secondary Data Analysis from a Prospective Cohort, 2013, *BJOG*, 120 (9), págs. 1.116-1.122.

MOLINER, María. *Diccionario de uso del español*, Barcelona: Editorial Gredos, 2012.

MURRAY, D.; COX, J.L.; CHAPMAN, G.; y JONES, P. Childbirth: Life Event or Start of a Long-term Difficulty? Further Data from the Stoke-on-trent Controlled Study of Postnatal Depression, *The British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, págs. 95-600.

OATES, M. Suicide. The Leading Cause of Maternal Death, *The British Journal of Psychiatry*, 2003, 183, págs. 279-281.

PALLADINO, C.L.; SINGH, V.; CAMPBELL, J.; FLYNN, H.; y GOLD, K.J. Homicide and Suicide During the Perinatal Period: Findings from the National Violent Death Reporting System, *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 118 (5), págs. 1.056-1.063.

PALOMBA, Rosella. *Calidad de vida: conceptos y medidas*, Institute of Population Research and Social Policies, Taller de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2002.

Planned Parenthood Global. *Vidas robadas: Un estudio multi-país sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años*, 2016.

República de Portugal. Ley N° 16/2007.

RONSMANS, C.; y KHLAT, M. Adolescence and Risk of Violent Death During Pregnancy in Matlab, Bangladesh, *Lancet*, 1999, 354 (9188), pág. 1.448.

SAMANDARI, G.; MARTIN, S.L.; KUPPER, L.L.; SCHIRO, S.; NORWOOD, T.; y AVERY, M. Are Pregnant and Postpartum Women at Increased Risk for Violent Death? Suicide and Homicide Findings from North Carolina, *Maternal and Child Health Journal*, 2011, 15 (5), págs. 660-669.

SANTIBÁÑEZ, T.; y RIVERA, L.M. *Uso de plaguicidas en la zona productora de flores y sus efectos en la incidencia del aborto espontáneo*, La Paz: Universidad Nuestra Señora de La Paz y Fundación Nuestra Señora de La Paz, 2000.

SEN, Gita; GEORGE, Asha; y ÖSTLIN, Piroska. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*, OPS and Harvard Center for Population and Development Studies, 2005.

Women's Link Worldwide. *T-388/2009 Objeción de conciencia y aborto. Una perspectiva global sobre la experiencia colombiana*, O'Neill Institute, 2014.

ORGANISMOS INTERNACIONALES

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Acceso a la información, violencia contra las mujeres y administración de justicia*, Washington D.C.: CIDH, 2015.

Comité de Derechos Humanos. *Borrador de la nueva Observación General sobre el contenido del artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos sobre el derecho a la vida*, preparado por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, 2015, pág. 2.

Comité de Derechos Humanos. *Borrador de la Observación General N° 36, artículo 6: derecho a la vida*, 19 de octubre al 6 de noviembre de 2015. Párrafo 16.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *Recomendación General N° 28: las obligaciones fundamentales de los Estados partes bajo el artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, 2010.

Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. *Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica: salud y seguridad*, 2016.

Fondo de las Naciones Unidas. Oficina para América Latina y el Caribe. *Embarazo adolescente: falta de oportunidades y violencia sexual*, 2015.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Derecho a la Salud materna infantil y adolescente en Paraguay*, 2013.

FRIEDLI, Lynne. *Mental Health, Resilience and Inequalities*, Denmark: World Health Organization, 2009.

MARINO, C. *El derecho de acceso a la información en el marco jurídico interamericano, relatoría especial para la libertad de expresión*, Washington D.C.: Organización de los Estados Americanos (2ª edición), 2011.

Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Brasil. Doc. ONU CCPR/C/79/Add. 66, 24 de julio de 1996. Párrafo 25.

Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Colombia. Doc. ONU CCPR/C/79/Add. 76, 5 de mayo de 1997. Párrafo 35.

Organización Mundial de la Salud. *Reducir las inequidades sociales actuando sobre los determinantes*, 62ª Asamblea Mundial de la Salud punto 12.5 del orden del día, Washington D.C., 2005.

Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Official Records of the World Health Organization, N° 2, pág. 100.

The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (11).

World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. *Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature*, Geneva: WHO, 2009.

JURISPRUDENCIA

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Serie C N° 42.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs.*

Guatemala. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C N° 63.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso *Artavia Murillo y otros ("Fecundación In Vitro") Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares. Fondo. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 28 noviembre de 2012. Serie C N° 257. Párrafo 264.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Solicitud de Medidas Provisionales respecto de México en *Asunto Castro Rodríguez*, considerando noveno, 2013, pág. 11.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Caso Pichon and Sajous Vs. Francia*, N° 49853/99 de 2010.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia N° C-488 de 1993.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia N° T-563 07 de 1993.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencias N° T-881 y N° T- de 2004.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia N° C-355/06 de 2006, Nota 19, sección 10.1.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia N° T-626 de 2007.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencias N° T-725 y N° T-579 de 2007.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia N° T-388 de 2009.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia N° T-627 de 2012.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia N° T-087 de 2013.

Corte de Apelaciones de Temuco. Rol N° 724-2013 de 27 marzo de 2013.

Corte de Apelaciones de Valdivia. Rol N° 103-2009 de 14 de mayo de 2009.

Suprema Corte de Justicia de la Nación de México. *Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007*, págs. 154-155.

Tribunal Constitucional de España. Sentencia S.T.C. 53/1985, 1985-49 BJC 515.

Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León. Sentencia AS 2007/2468 de 2007, F. J., 4° Sala de lo Social, Sección 1ª.

Tribunal Constitucional de Portugal. Procesos N° 733/07 y 1186/07 de 2010.

Autores

Leonel Briozzo: Tocoginecólogo. Profesor Titular de la Clínica Ginecotocológica A de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay. Jefe de la Maternidad Centro Hospitalario Pereira Rossell. Integrante del Comité de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), 2015-2018, Asesor Estratégico de Iniciativas Sanitarias.

Pio Iván Gómez: MD. Ginecobstetra, Epidemiólogo, Magister en Salud Sexual y Reproductiva, Asesor Médico Senior IPPF/RHO, Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia.

Helena Acosta: Psicóloga. Especialista en terapia de pareja. Treinta años de experiencia en orientación. Consejería en áreas de la salud sexual y reproductiva. Coordinadora del área de Orientación en embarazo no deseado y aborto en IPPF/RHO.

Jennifer Friedman: Magister en Salud Pública y Trabajo Social. Directora Adjunta de Programas / Area de Aborto Seguro, IPPF/RHO.

Estefanny Molina: Abogada. Magíster en Protección Internacional de los Derechos Humanos, Especialista en Género, Candidata doctoral en Estudios de Género, Abogada staff en Women's Link Worldwide.

Marta Rondon: MD. Psiquiatra, Profesora Universidad Peruana Cayetano Heredia. Consultora en Psiquiatria, Instituto Nacional Materno Perinatal.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestros agradecimientos a Giselle Carino por su visión e impulso a esta iniciativa; a Viviana Waisman y Glenys de Jesús por sus contribuciones conceptuales, técnicas y legales; y a Nina Zamberlin por sus importantes aportes a la conceptualización y contenido del documento. Además, nos gustaría agradecer a todas las personas que participaron en las reuniones iniciales en 2015, donde se establecieron los fundamentos y el marco teórico que ayudaron a guiar el desarrollo de este documento. Finalmente, queremos agradecer a todos/as los/as profesionales de salud de Chile, Colombia, Guatemala, República Dominicana y Uruguay que participaron en los grupos focales y talleres para evaluar los conceptos y la factibilidad de aplicar el marco propuesto en sus países.

Edición y corrección de textos: Cristina Álvarez y Virginia Menéndez

Diseño y producción editorial: Exilio Gráfico

ISBN-13: 978-0-692-04269-4



IPPF/RHO es líder en el movimiento por los derechos sexuales y reproductivos en las Américas y el Caribe. Trabajamos con 45 socios locales en casi todos los países de la región para promover una misión común: asegurar acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, promover la educación integral en sexualidad y luchar por los derechos sexuales y reproductivos.

En 2017, nuestros socios locales proporcionaron cerca de 36 millones de servicios. Estos servicios van desde educación integral en sexualidad y acceso a métodos anticonceptivos hasta pruebas de VIH, servicios de aborto seguro y detección de indicios de violencia basada en género. Además aprovechamos las oportunidades de incidencia política para promover un ambiente donde las políticas y los programas respondan a las necesidades reales de las comunidades. A través de nuestros esfuerzos en advocacy en 2017 logramos 39 cambios políticos favorables en la región.

info@ippfwhr.org / www.ippfwhr.org

women's LINK worldwide

Women's Link es una organización internacional de derechos humanos sin ánimo de lucro que usa el poder del derecho para promover un cambio social que favorezca los derechos de las mujeres y las niñas en el mundo. Para ello, aplicamos una perspectiva de género y un análisis interseccional al marco legal de los derechos humanos. Proponemos una manera diferente de relacionarse con los tribunales y utilizar el derecho. Identificamos oportunidades estratégicas para crear jurisprudencia que haga avanzar los derechos de las mujeres y las niñas, en especial de aquellas que sufren múltiples desigualdades. Trabajamos en tres áreas temáticas: derechos sexuales y reproductivos, violencia y discriminación.

info@womenslinkworldwide.org / www.womenslinkworldwide.org



Iniciativas Sanitarias es una Asociación Civil destinada a desarrollar y hacer efectiva la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas en el ámbito social y clínico, con una perspectiva sanitaria que incluye la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo, la difusión de métodos de anticoncepción segura, de calidad y disponibles universalmente, la prevención de la violencia sexual y doméstica, y la difusión de los derechos sexuales y reproductivos en el embarazo y el parto.

info@iniciativas.org.uy / www.iniciativas.org.uy

